

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES

ET RESPONSABILITÉ

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 novembre 1933

PAR

Henry-Thomas-Louis GHERSI

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Toulon (Var), le 19 Septembre 1909

Examineurs de la Thèse

{	MM. CRUCHET, professeur	<i>Président.</i>
	LANDE, professeur	{ <i>Juges.</i>
	PERRENS, professeur.....	
	DAMADE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0090

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES

ET RESPONSABILITÉ

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 novembre 1933

PAR

Henry-Thomas-Louis GHERSI

Élève du Service de Santé de la Marine
Né à Toulon (Var), le 19 Septembre 1909

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur	<i>Président.</i>
		LANDE, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERRENS, professeur.....	
		DAMADE, agrège	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUPREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUICHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAÇ.	Clinique chirurgicale in-
Clinique chirurgicale.	DUPERIE.	fantile et orthopédie
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	ROCHER
que générales.	BEGOUIN.	Clinique gynécologique...
Clinique d'accouchements.	CARLES.	GUYOT.
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Clinique médicale des ma-
microscopie clinique....	SABRAZES.	ladies des enfants.....
Anatomie	VILLEMIN.	CRUCHET
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	Chimie biologique et mé-
tologie	PACHON.	dicale.....
Physiologie	LEURET.	DELAUNAY.
Hygiène.....	LANDE	Physique médicale et phar-
Médecine légale et déon-	RÉCROU	maceutique.....
tologie.....	CHEILE,	Médecine coloniale et clini-
Electroradiologie et clin.	N.	que des maladies exoti-
d'électricité médicale..	DUPOUY.	ques.....
Chimie	MANDOUL	BONNIN
Botanique et matière mé-	N.	Clinique des maladies cuta-
dicale.....	TEULIERES.	nées et syphilitiques...
Pharmacie		PETGES.
Zoologie et parasitologie.		DUVERGEY
Médecine expérimentale.		Clin. des mal. des voies urinaires ..
Clinique ophtalmologique.		ABADIE
		Clinique des maladies ner-
		veuses et mentales....
		PORTMANN.
		Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...
		LABAT.
		Toxicologie et hygiène ap-
		pliquée.....
		Hydrologie thérapeutique
		et climatologie.....
		CREYX
		Clinique dentaire.....
		CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM	
Anatomie	DUBECO.	} PAPIN. JEANNENEY	
Anatomie	DUFOUR.		
Physiologie	FABRE.	} CHARRIER. LOUBAT.	
Parasitologie et Sciences naturelles	R. SIGALAS.		
		Obstétrique	RIVIERE.
Médecine générale.....	{ N. AUBERTIN. DAMADE PIECHAUD. DELMAS-MARSALET.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX
		Dermatologie et syphilogra- phie.....	JOULIA.
		Chimie générale pharma- ceutique et toxicologie..	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements.	RIVIÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)		
	BEAUVIEUX (chargé)		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .	MM. N...		
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle .			GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire			DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

A MON PERE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE COLONEL BORDES,
AVOCAT A LA COUR D'APPEL DE BORDEAUX,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES PERRENS,
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE BORDEAUX,
MÉDECIN-CHEF DE L'ASILE DE CHATEAU-PICON,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

*Qui nous inspira notre travail
et voulut bien nous conseiller.
Hommage de respectueuse gra-
titude.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ CRUCHET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse.*

INTRODUCTION

Sur les troubles mentaux des encéphalitiques épidémiques, a surgi, durant ces dix dernières années surtout, une littérature énorme.

L'encéphalite épidémique, en effet, posait et pose encore, au point de vue clinique et psychologique, de nouvelles et nombreuses questions, qui, depuis leur découverte, sont toujours d'actualité.

Les discussions sur ces sujets ne sont pas taries.

Dans tous les pays et en France particulièrement à la suite des soixante-quatre premières observations connues, rapportées par le professeur R. Cruchet, un grand nombre de médecins et de psychiatres ont étudié cette maladie. Ils l'ont fouillée dans toutes ses formes.

Au contraire, on peut remarquer qu'au sujet des problèmes médico-légaux que pose l'encéphalite épidémique, la question a été relativement peu traitée.

Pourtant l'étude de la responsabilité des encéphalitiques léthargiques mérite d'être envisagée de très près, car elle présente un caractère pratique de tout premier ordre en raison de l'abondance des troubles mentaux qu'apportent ces malades et de la fréquence de leurs actions anti-sociales.

La médecine légale des encéphalitiques épidémiques doit être étudiée à deux points de vue différents : objectif et subjectif :

1^o Par point de vue objectif nous entendons ce qui est relatif aux personnes entourant le malade et pouvant pâtir de ses exactions. Il regarde la défense de la société vis-à-vis de l'encéphalitique. Nous y envisagerons des cas ;

a) Pénaux (vols, violences, attentats aux mœurs, meurtres, etc.);

b) Civils (droit de mariage, de tester, de traiter des affaires);

c) Familiaux (situation de l'encéphalitique au milieu des siens);

2^o Quant au point de vue subjectif il a trait au malade lui-même.

Nous y étudierons les cas de suicide, de mort subite, et d'une manière plus générale les moyens de défendre l'encéphalitique de lui-même et de la société.

Cette étude fera l'objet de la seconde partie de notre travail. Mais auparavant nous n'avons pas cru inutile de décrire, bien rapidement d'ailleurs, les principaux troubles mentaux que l'on rencontre chez les encéphalitiques épidémiques, ainsi que les plus fréquents de leurs actes anormaux.

Ces troubles et les caractères de ces actes, le médecin-expert devra bien les connaître, car son rapport ne saurait s'étayer sur d'autres considérations.

PREMIERE PARTIE

LES TROUBLES MENTAUX DES ENCEPHALITIKUES EPIDEMIKUES. LEURS REACTIONS ANTI-SOCIALES

Dans cette première partie nous étudierons d'abord la phase aiguë de la maladie au point de vue psychologique et médico-légal de même que les influences qui font agir les encéphalitiques et les caractères de leurs actes.

Nous envisagerons ensuite les troubles mentaux de la phase chronique, les réactions délictueuses des parkinsoniens post-encéphalitiques et enfin, le fond du caractère de ces malades et les conditions qui déterminent leurs actes.

I. L'encéphalite épidémique à la phase aiguë.

A. *Les troubles mentaux.* — Le retentissement de l'infection encéphalitique sur le psychisme, a été décrit, dans une foule de rapports, de communications, de thèses par de nombreux auteurs. Les éléments s'en trouvent déjà nettement exprimés dans la première étude sur l'encéphalomyélite diffuse, faite en 1917, par MM. Cruchet et Calmettes. Le rapport présenté par M. Cruchet, au nom de la Commission bordelaise sur l'encéphalomyélite à Bordeaux en 1920, indique à nouveau l'importance des formes mentales de l'encéphalite épidémique, importance sur laquelle est de nouveau revenu le professeur Cruchet, au Congrès de Quimper en 1922, à Edimbourg, à Glasgow en 1929 et au Congrès de Rabat, à propos de la communication de L. Marchand sur les encéphalites psychologiques, en 1933.

M. Fribourg-Blanc, dans son remarquable exposé sur les réactions anti-sociales des encéphalitiques épidémiques, au XIII^e Congrès de médecine légale de Paris (octobre 1928), a tracé de ces troubles mentaux un historique vivant et complet, jusqu'en l'année 1930. Depuis, un grand nombre de cas nouveaux ont été décrits.

Pendant la phase aiguë, se présentent des troubles psychiques qui varient suivant les formes de la maladie. De ces formes, trois principalement intéressent la médecine légale. Ce sont, suivant la classification de Hesnard, les formes : psycho-somnolentes, délirantes et confusionnelles.

Les formes psycho-somnolentes sont importantes à connaître, car elles se placent le plus souvent au moment de la période prodromique de la maladie, là où celle-ci est le plus difficile à diagnostiquer. Elles peuvent aussi se rencontrer à

la période d'état et même à la phase chronique, comme nous le verrons plus loin. Elles indiquent une atteinte déjà sensible des centres nerveux nobles. Le malade succombe au sommeil soit que ses cellules cérébrales, rendues plus fatigables par l'action du virus, résistent moins bien aux efforts intellectuels et physiques un peu prolongés, soit que son centre bulbaire du sommeil est irrité ou lésé par la toxi-infection.

Cette narcolepsie s'accompagne d'autres phénomènes psycho-pathologiques, tels que l'obnubilation, l'étonnement, la stupeur, la torpeur, troubles qui traduisent des lésions nerveuses indubitables et une activité psychique considérablement ralentie.

Une autre forme est la forme délirante, plus importante à cause des graves réactions anti-sociales qu'elle peut entraîner. Elle est la véritable manifestation de la toxi-infection encéphalitique. Elle s'oppose à la première forme. Elle est le résultat d'une excitation cérébrale pouvant produire dans certains cas de l'insomnie, mais engendrant la plupart du temps les délires.

Souvent il s'agit de délires assez tranquilles qui s'entremêlent avec la somnolence et affectent la forme de rêvasseries. Le caractère principal de ces délires est l'onirisme : ce sont des rêves parlés du type le plus souvent professionnel mais quelquefois aussi zoopsique.

D'autres fois, le délire peut être plus grave. Il se manifeste alors par de l'agitation plus ou moins forte, des cris, des violences, des hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques (impression d'une personne assise sur la poitrine ou sur le ventre), des terreurs, des crises d'anxiété panophobique, des idées de persécution, des flux de logorrhée souvent coprolalique.

A un degré plus accusé l'excitation cérébrale et l'agitation délirante donnent lieu à des réactions pouvant être graves aux dépens de l'entourage du malade. Ces cas se rencontrent surtout dans les formes délirantes aiguës, dont F. Bosc a déclaré la fréquence dans l'encéphalite épidémique.

Enfin, le délire peut affecter la forme de mélancolie, d'agitation hypomaniaque, d'accès de vésanie, de manies franches et prendre les caractères qu'il a dans ces diverses psychoses. Le diagnostic en sera singulièrement compliqué.

La forme confusionnelle est signalée dès 1918 par H. Claude (In *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 10 avril 1918 p. 364). Ce syndrome confusionnel est caractérisé par de la torpeur cérébrale, de la lenteur de l'idéation, de l'obtusion intellectuelle, de la désorientation, de l'amnésie, des illusions, de l'apathie. Le malade que citait cet auteur parlait de personnes inconnues, cherchait des objets imaginaires, ne savait plus à quels usages servaient ceux qu'il tenait dans sa main, s'irritait pour des futilités. Quelquefois cette confusion mentale pourra se manifester par un automatisme vigile ou onirique pouvant occasionner des réactions anti-sociales diverses.

Tous ces signes sont les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte. Pourtant chez l'enfant ces troubles psychiques sont beaucoup plus accentués et plus durables. Cela peut tenir à ce que chez l'enfant les cellules nerveuses n'ayant pas acquis leur complet développement tant anatomique que fonctionnel sont de ce fait moins résistantes à l'action du virus et les phénomènes de diaschésis s'opèrent avec une tension insuffisante pour la suppléance et la régénération nerveuse.

Il y a d'autres manifestations de l'encéphalite épidémique, maladie essentiellement protéiforme, qui sont importantes à connaître. Nous avons parlé de la période prodromique ou de début de l'encéphalite. Cette période est le plus souvent très difficile à mettre en évidence. Les signes cliniques peuvent y être légers, mais les troubles mentaux déjà marqués et d'autant plus malaisés à diagnostiquer qu'ils évoluent d'une façon plus sournoise. C'est souvent par un changement du caractère que débute l'encéphalite épidémique, le malade, normal jusqu'à ce moment, devient irritable, paresseux, son humeur s'agrit. Il s'acquitte mal de son travail et les fautes

qu'il commet sont mises sur le compte de la mauvaise volonté, ou de la malveillance.

Pendant la période d'état les symptômes toxi-infectieux peuvent s'atténuer et disparaître (formes apyrétiques) et les troubles mentaux persister. D'autres fois ces derniers peuvent, eux aussi, s'évanouir (états à éclipses, périodes de remissions), mais en apparence seulement, car si le délire tombe les troubles demeurent. Le malade paraît sain mais en réalité son état mental est profondément touché.

Enfin il ne faut pas oublier qu'il y a des formes frustes, des formes ambulatoires et qu'après toute cessation des symptômes psycho-organiques, les troubles de l'humeur, du caractère et des instincts persistent et sont susceptibles d'engendrer des réactions médico-légales diverses.

B. Nous allons maintenant passer en revue les réactions anti-sociales de la phase aiguë.

Sous le terme général et un peu vague des réactions anti-sociales on entend tous les actes qui peuvent nécessiter une expertise médico-légale et entraîner ou non des sanctions pénales ou civiles.

Si l'on consulte la bibliographie de l'encéphalite on constate que ces réactions ont été peu rapportées par les auteurs, surtout si on les compare à celles qui ont lieu au cours de la période chronique.

M. Fribourg-Blanc, dont nous avons déjà parlé, dans son rapport si bien documenté, ne commence à les signaler qu'à partir de 1919. Il est probable que si on en avait cité auparavant, elles ne lui auraient pas échappé.

En 1919, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Mouriquand et Samerot citaient le cas d'un pharmacien âgé de 50 ans, qui, atteint d'encéphalite non diagnostiquée au début, fit une grossière erreur dans l'exécution d'une ordonnance.

En 1920, F. Bosc rapportait à la même Société quatre observations d'actes d'agression brutale commis par des encéphalitiques à la période aiguë dans des formes délirantes simples. Il cite notamment le cas d'une malade qui saisissait brusquement son infirmière à la gorge et l'entraînait sur son lit pour l'étrangler; et celui d'un homme de 35 ans, présentant de violents accès de colère délirante et ayant frappé sa femme d'un coup de poing à la figure, parce qu'il la soupçonnait de vouloir l'empoisonner.

G. Petit, dans une communication à la Société Médico-Psychologique, en 1921, rapportait le cas d'une jeune femme dont l'encéphalite avait débuté pendant les fiançailles. Le mariage avait été célébré en pleine période de troubles psycho-organiques. Pendant la nuit de noce la jeune mariée s'était échappée et avait refusé par la suite de réintégrer le domicile conjugal. A l'asile où elle fut internée, évolua une forme mentale prolongée avec fugues, tentatives de violences, trois tentatives de suicide par strangulation et des vols.

Dans une communication à l'Académie de Médecine, le 29 juillet 1921, sur « les Prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médico-légale », P. Chavigny et E. Gelma citent le cas d'un bûcheron âgé de 22 ans, entré le 6 juillet 1920 à la clinique médicale de l'Université de Strasbourg et accusé d'avoir, l'avant-veille au soir, volé une bicyclette. Le vol semblait avoir été commis par un sujet normal car il avait tenté de corrompre les personnes qui le poursuivaient. Mais dès le lendemain ce sujet présentait un état nauséux, accompagné de vomissements, de fièvre, de confusion mentale, d'inconscience, d'amnésie et de désorientation. Une encéphalite fut constatée le jour suivant et le malade déclaré irresponsable.

En 1921 à l'Académie de Médecine (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 22 nov. 1921), M. Briand marque une transition. Il affirme l'importance de la période aiguë de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal mais il note la fréquence

des actes délictueux commis durant la période des séquelles.

En 1928, dans les *Annales médico-psychologiques*, MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn présentent un cyclothymique atteint d'encéphalite épidémique ayant tenté de se suicider avec un revolver.

Ces quelques observations et communications prouvent indubitablement que la médecine légale de la période aiguë de l'encéphalite épidémique est importante à connaître et qu'il faut compter avec elle. Mais pourtant, si l'on considère que cette documentation que nous avons relevée est à peu près complète et qu'elle a d'ailleurs été citée, avant nous, par M. Fribourg-Blanc, on est frappé par ce fait que les cas délictueux observés au cours de la période aiguë ne sont pas très nombreux. Cela ne doit pourtant pas nous étonner, car, dans quelles formes observe-t-on le plus de réactions anti-sociales ? dans les formes psychiques, délirantes ou confusionnelles ; or la proportion de ces formes où les signes mentaux dominant est nettement plus faible que celle des formes toxi-infectieuses où les symptômes physiques sont les plus importants. Ce qui caractérise justement les états délirants et surtout les états confusionnels, c'est la discordance entre la symptomatologie mentale très riche et l'intensité souvent modérée des troubles organiques. C'est le contraire dans les formes toxi-infectieuses où les signes physiques dominant. Il se passe dans ces dernières ce que l'on peut rencontrer pour d'autres affections toxi-infectieuses graves telles que la typhoïde, la pneumonie, la méningite, la grippe, l'urémie, l'alcoolisme, dont certaines créent des formes spéciales d'encéphalites psychiques que M. L. Marchand s'est attaché à isoler. Il y a bien des phénomènes psychiques se traduisant par de l'agitation, du délire, de la confusion mentale de l'onirisme, des impulsions automatiques, et ces phénomènes sont évidemment plus marqués dans l'encéphalite, mais dans cette maladie comme dans les autres ils n'arrivent pas à s'extérioriser par des actions franchement délictueuses, car l'organisme est trop altéré, trop abattu par la fièvre et l'état de toxi-infection. On pourra

constater des violences, mais ces actes seront strictement liés à l'état d'agitation et de délire; ils n'en dépasseront pas les possibilités réactionnelles. Quant aux fugues, aux vols, ce qui explique leur rareté c'est qu'ils demandent pour leur exécution une série de combinaisons psycho-motrices le plus souvent irréalisables.

En résumé, à la phase aiguë de l'encéphalite épidémique, nous pouvons enregistrer comme principales réactions délicieuses, les impulsions violentes de toutes sortes (coups et blessures, sévices, tentatives d'assassinat) et les fugues. Il faut citer aussi le sommeil quand il devient une faute grave chez les soldats (sommeil en faction). Quant aux vols, ainsi que nous l'avons dit, ils sont très rares.

Sous quelles influences agissent ces malades ? Il semble que les réactions violentes soient déclanchées par l'état d'excitation profond dans lequel se trouve le cerveau, état qui va amplifier à l'extrême les sensations venues du dehors. Par un déséquilibre fonctionnel et par une irritation constante des connexions intra-cérébrales, l'organisation psychique des malades est bouleversée, d'où, apparition d'états confusionnels, d'idées délirantes, d'accès aigus de manie de persécution. Toute cette psychose, en dérégulant et en changeant le sens d'action des perceptions normales, va se manifester par tous les actes plus ou moins véhéments que nous avons relatés.

On pourrait dire, aussi bien, la même chose des fugues, par exemple, qui, tantôt semblent relever d'un état confusionnel, tantôt d'un accès de vigilambulisme automatique qui oblige le malade à partir droit devant lui.

II. L'encéphalite léthargique à la phase chronique.

La phase chronique de l'encéphalite léthargique, décrite par l'école bordelaise, a été particulièrement étudiée dans les intéressantes cliniques faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux par Henri Verger et René Cruchet, en 1924, sur les états parkinsoniens post-encéphalitiques.

Ces auteurs ont montré les séquelles physiques, si fréquentes dans cette maladie, et toutes leurs particularités cliniques. Ils ont établi également, en particulier, avec M. Hesnard, les divers troubles psychiques des parkinsoniens post-encéphalitiques, description à laquelle leurs successeurs n'ont guère ajouté que des détails, d'ailleurs fort instructifs.

A. — *Les séquelles physiques post-encéphalitiques.* Comme nous l'avons dit, l'encéphalite épidémique évolue en deux phases. Mais si au point de vue clinique ces deux phases, aiguë et chronique, ne sont que la continuation insensible l'une de l'autre, au sens médico-légal, elles forment deux catégories bien distinctes. La période chronique est la période médico-légale par excellence.

Les troubles nerveux sont très nombreux et très riches. Tous ceux que nous avons étudiés dans la première phase nous allons les retrouver dans la seconde. Mais ici, ils frapperont davantage, car le malade, replacé dans son milieu, ne sera plus undélirant atteint d'une maladie aiguë, mais un mental atteint d'une véritable psychose. C'est justement cela qui a attiré les auteurs car ils se sont, au point de vue médico-légal, beaucoup plus occupés de la phase chronique.

Parmi les séquelles physiques post-encéphalitiques, la plus connue et la plus remarquable est une forme de parkinsonisme différent de la véritable maladie de Parkinson par plu-

sieurs points. D'abord par son début chez les sujets jeunes, par la prédominance de la rigidité sur le tremblement, par la salivation abondante, la rétropulsion et enfin par une série de troubles moteurs particuliers comme les myoclonies, la bradycinésie et les mouvements choréo-athétosiques.

Le parkinsonisme post-encéphalitique est très intéressant à connaître car il est intimement lié aux troubles mentaux et par conséquent il nous sera utile pour la discussion de la responsabilité.

B. *Les troubles mentaux.* — Nous allons envisager successivement dans ce chapitre les troubles : de l'intelligence, de la vie affective, des instincts, du caractère.

1° Les troubles de l'intelligence.

Chez l'encéphalitique chronique, en raison des lésions portant surtout sur les connexions intra-cérébrales, la mémoire, le jugement et le raisonnement seront, non seulement amoindris, affaiblis, mais souvent encore dissociés et désunis.

a) *La mémoire.* — D'une façon générale la mémoire n'est pas ou n'est que très peu touchée. Mais il s'agit seulement de la mémoire des faits antérieurs à l'atteinte d'encéphalite. Le malade se souvient de tout ce qu'il a appris; il l'énonce plus ou moins bien suivant l'état de son articulation, il peut l'interpréter d'une façon plus ou moins normale dans les limites de son jugement et de son raisonnement, mais il se rappelle tous les faits antérieurs, même les plus minimes. Au moment de la phase aiguë beaucoup des connaissances qu'avait acquises le malade disparaissent, puis peu à peu reviennent et l'état mental se fixe définitivement au point précis de l'atteinte de la maladie. Il se fixe, car si l'encéphalitique chronique peut se souvenir des faits passés, il n'enregistre plus ou que très difficilement des idées nouvelles. Cela tient à deux choses : d'abord la déficience de la volonté et ensuite la diminution du potentiel psychique, c'est-à-dire de l'attention.

b) *Le jugement et le raisonnement.* — Pour beaucoup d'auteurs et en particulier pour M. Fribourg-Blanc l'état

intellectuel des encéphalitiques chroniques serait très peu touché. Ils se basent en cela sur la presque absolue intégrité de la mémoire et ils expliquent surtout les délits par la faiblesse de la volonté. Nous ne voulons pas ici discuter du mobile des actes, car cela nous entraînerait trop loin, mais nous pouvons dire que dans un grand nombre de cas le jugement et le raisonnement sont troublés. Le grand facteur des actions antisociales des encéphalitiques chroniques, c'est l'impulsion irrésistible : ces malades agissent avec une totale irréflexion, sans envisager aucunement l'élection des moyens d'action et les conséquences, ce qui explique souvent le caractère d'absurdité complète de leurs actes. Une autre raison à l'appui de la déficience de l'état intellectuel est représentée par les psychoses de toutes sortes que l'on observe chez certains malades. Les hallucinations, la confusion mentale, les manies, etc., découvrent un psychisme souvent profondément altéré.

Dans les *Annales médico-psychologiques* du 15 mars 1928, MM. Schiff et A. Courtois rapportent le cas d'un sujet de 24 ans qui est atteint en 1920 d'encéphalite épidémique. L'année suivante il présente des troubles du caractère et de la moralité : violences, perversions sexuelles, fugues. Pas de phénomènes délirants. Mais depuis un mois il s'est constitué un « syndrome d'influence » : sensations d'ondes hertziennes, voix hallucinatoires assez bien extériorisées, mais sans systématisation précise. Ces voix hallucinatoires dialoguent entre elles et ont souvent un caractère palilalique. De plus il y a de pseudo-hallucinations visuelles, des sensations d'étrangeté avec déformation des objets qui augmentent ou se rapetissent sans cesse.

Mais ce qui différencie ces hallucinations des psychoses hallucinatoires vraies, c'est leur variabilité, leur inconsistance et la critique du malade à leur égard.

Cette forme hallucinatoire de l'encéphalite épidémique chronique est d'ailleurs rare.

2^o Troubles de la vie affective.

L'affectivité de l'encéphalitique épidémique fait un contraste frappant avec son état intellectuel : l'un est en moins, l'autre est en plus. Il y a un état manifesté d'hypersensibilité. C'est le contraire dans la perversion instinctive. Les encéphalitiques ont, ce que l'on a appelé avec juste raison, l'affectivité paradoxale. Dans quelque cas que ce soit, le besoin de consolation ou de repentir qu'ils expriment est toujours exagéré et dépasse la valeur de la faute.

Mais d'une manière générale le repentir est sincère. Dans l'Observation II, la malade exprimait le regret véritable des disputes qu'elle cherchait à tout propos à sa mère et des injures qu'elles lui adressait. Cet état peut être utilisé dans la cure d'amélioration.

Une autre manifestation de cette hypersensibilité, c'est l'attachement gênant de ces malades vis-à-vis des personnes qui les soignent ou de celles pour lesquelles ils se sentent une subite sympathie. Le médecin est souvent accaparé par eux, accablé de questions, de marques d'amitiés, d'offres de service, si bien que rien ne peut les rebuter et qu'ils reviennent toujours à la charge.

3^o Troubles des instincts.

Chez l'encéphalitique épidémique, à l'inverse de certains autres mentaux comme le paralytique général ou l'épileptique, ce sont les ressorts primitifs de l'esprit, ceux qui préexistent au développement de l'intelligence, qui sont les plus touchés.

Les instincts de l'encéphalitique sont bouleversés tantôt en plus, tantôt en moins.

Prenons le premier instinct, celui que l'on retrouve chez les êtres les plus primitifs : l'instinct de la conservation.

Nous le trouverons tantôt diminué et même aboli. Cela se traduira par les tentatives de suicide qui sont si fréquentes chez ces malades. Evidemment le suicide n'est pas l'apanage

exclusif de l'encéphalitique, mais c'est chez lui qu'on le rencontre le plus souvent. Il y a encore là une différence avec la perversion instinctive. Les caractères principaux de l'acte d'auto-destruction de l'encéphalitique c'est sa répétition souvent exagérée, l'absurdité dans l'exécution, la ténacité des mobiles. L'itération du suicide qui se rencontre aussi chez les asthéniques mentaux est souvent si forte qu'on est obligé d'exercer sur le malade une surveillance de tous les instants. Toutefois il ne faut pas trop s'alarmer car les tentatives de suicide des encéphalitiques avortent très souvent. Exemple : la malade de l'Observation VIII qui se jetait dans un bassin d'une profondeur insuffisante pour qu'elle pût se noyer. Et c'est là une autre preuve à l'appui des troubles de l'intelligence de l'encéphalitique ; car si le suicide en lui-même est la conséquence d'un état aboulique plus ou moins marqué, il traduit aussi une déficience évidente du jugement.

Quant aux mobiles de l'acte lui-même, ils expriment nettement la morbidité de l'esprit instigateur : ils sont le plus souvent dénués de tout fondement. Pour une simple réprimande, un geste mal interprété, une contrariété légère, l'encéphalitique essaiera d'attenter à ses jours.

Quelquefois au contraire, l'instinct de la conservation est exagéré et engendre des actes médico-légaux souvent si violents qu'ils peuvent aller jusqu'au meurtre. Il en est ainsi dans ces deux observations rapportées par M. Fribourg-Blanc, où l'on voit le cas d'un veilleur de nuit qui, se croyant attaqué par des passants, tire sur eux et tue une femme nouvellement mariée. Et celui d'un jeune garçon de 15 ans qui, pour une contrariété futile, s'empare d'un fusil et tue un sergent qui voulait le désarmer. Ces réactions dangereuses contre l'entourage sont le fait de l'impulsivité, et de l'irritabilité si fréquente chez nos malades.

Les troubles de l'instinct de conservation se manifestent encore par le refus obstiné de certains malades d'absorber toute nourriture, ou au contraire par l'entêtement qu'ils montrent à manger des substances qu'ils savent nuisibles à leur

santé. Dans d'autres cas, les malades feront preuve d'une gloutonnerie exagérée, ils seront ivrognes, gourmands et se feront arrêter pour grivèlerie, ou bien ils montreront une grande vanité et leur mythomanie, sous de multiples formes, les poussera, de la simple hâblerie aux dénonciations calomnieuses.

B) L'instinct de reproduction n'est pas moins touché que celui de conservation. Nos malades se font souvent arrêter pour attentats à la pudeur. C'est que leur érotisme, n'étant plus bridé que par une volonté affaiblie et par une intelligence le plus souvent pervertie, les entraîne à l'impudeur et parfois même à des violences. L'onanisme que l'on rencontre chez beaucoup de jeunes encéphalitiques chroniques serait la cause, par les troubles psychopatiques consécutifs, de nouveaux méfaits. Quant à l'exhibitionnisme, la prostitution, l'inceste, les auteurs en ont rapporté de nombreuses observations.

C) Un troisième instinct normal commun à tous les individus, l'instinct d'association, est troublé. La plus grande partie des encéphalitiques chroniques perdent tout sens des convenances et des bonnes manières. Ils oublient les règles du savoir-vivre et la façon de se rendre utile à leur entourage, ou tout au moins de ne pas le gêner. Leur fonds mental dégénéré trouve sa satisfaction dans la nocivité à l'égard d'autrui (Observ. I). Mais cette satisfaction n'est qu'apparente, car l'encéphalitique n'est pas un pervers instinctif. Il fait le mal, non par plaisir, mais parce que ses facultés inhibitrices sont insuffisantes à maîtriser ses tendances malsaines.

4° Les troubles du caractère.

C'est par l'étude du caractère que l'on peut le mieux se rendre compte de l'état mental d'un individu. Chez les mentaux post-encéphalitiques le fond dominant du caractère est la déficience de la volonté. Cette aboulie est le principal facteur des réactions médico-légales de nos malades qui ne peuvent s'empêcher de mal faire. Elle est la cause aussi de leur

impulsivité et de leur instabilité qui les rend incapables d'un travail suivi, d'un état solide. Les fugues que l'on rencontre si souvent chez eux peuvent être, soit le fait de leur hypercïnésie, souvent exagérée, soit de l'impuissance où ils sont de s'adapter à telle ou telle situation.

Une autre fois l'encéphalitique s'en ira pour trouver un milieu qui ignore sa maladie : c'est la fugue de répulsion. Si c'est l'impulsivité qui domine elle se traduira par de l'absence de suite dans les idées, des emballements extraordinaires, des violences, des passions subites, des idées saugrenues, des accès inexplicables de tristesse et de gaieté. Cette impulsivité est un facteur puissant, si bien que, dans certains états même de bradykinésie très marquée, et sous l'influence d'excitations fortes comme la peur, la colère, un commandement énergique, elle permet aux malades d'exécuter des mouvements de grande amplitude, complexes et inattendus. C'est ce que l'on appelle le phénomène de kinésie paradoxale ou de paralysie agitante. Ainsi nous relevons, dans les cliniques faites à l'hôpital Saint-André par MM. Hesnard, Verger, Cruchet, sur les syndromes post-encéphalitiques, le cas d'un malade, ancien gendarme, qui, sous l'impulsion de la colère provoquée par les brimades de ses compagnons à son égard, sortit brusquement de son état figé, et administra à ses bourreaux une volée de coups de poings, digne d'un boxeur professionnel. Deux autres traits du fonds mental des encéphalitiques sont l'agressivité qui fait dire de ces malades « qu'ils ont mauvais caractère », et l'impertinence qui rend leur contact si difficile. L'agressivité brutale est fréquente chez les garçons; le harcèlement à teinte érotique chez les filles. Si l'on ajoute à ce tableau l'importunité, la labilité, l'hyperémotivité, l'affectivité collante, on peut se rendre compte du degré d'inadaptabilité sociale de ces malades.

Observation I.

Rapportée par M. le P^r Cruchet
dans le *Progrès Médical* du 7 sept. 1929.

Troubles du caractère et des instincts. — Inadaptabilité.

(Extraits de l'observation.)

Alix P., né le 16 février 1910 à Saumur, est atteint en février 1920 d'encéphalite épidémique alors qu'il était élève au Séminaire de Villeneuve-d'Ornon. La symptomatologie qu'il présentait à ce moment était caractérisée par de la somnolence, fièvre, agitation, délire professionnel, troubles oculaires, amaurose fugace. Guérison apparente en avril 1920. A partir de ce moment, Alix se fatigue vite, il s'endort à chaque instant. On est obligé de le réveiller pour le faire manger et le forcer à déglutir. Les modifications de son caractère sont très remarquables. Alix est devenu très irritable, insolent, avec des crises violentes de colère suivies de sommeil. Il rabâche, pose constamment les mêmes questions. Quand on lui lit une histoire il demande des explications sur chaque mot, alors qu'il le sait fort bien. Instabilité constante. Sa mémoire est moins bonne, il est en retard pour son âge. On note du ralentissement dans son intelligence. Tout effort intellectuel le fatigue, son attention s'épuise rapidement.

Idées de fugues : veut partir en Amérique et se faire naturaliser.

Peurs irraisonnées, préoccupations hypocondriaques.

Quand je le revois en 1923 il a treize ans et en paraît seize au point de vue physique. Il n'a plus de somnambulisme, mais son caractère devient de plus en plus difficile. Son irritabilité s'accroît. Il devient querelleur à la moindre altercation. Il est hableur et fanfaron : il discute sur tous les sujets et veut en savoir plus que les autres. Il a peur de tout : des araignées, des microbes. La manie de la propreté est exagérée. Sa salivation anormale lui sert de prétexte à cracher et à lancer des jets de salive sans se rendre compte où il les envoie, en particulier dans la figure des personnes qui sont à ses côtés. Il a également la manie de se déboutonner la braguette de son pantalon n'importe où ; et, aussi bien dans un lieu isolé que dans un endroit public, il s'arrange la chemise entre les jambes. Il se met en colère facilement, et cependant c'est le plus doux et caressant des garçons ; il se jette au cou de sa mère à tout instant, et sans raison et l'embrasse tendrement. Ces marques d'affection s'étendent aux femmes qui l'entourent et parfois à celles qu'il rencontre, ce qui produit un effet déplorable.

Confié à l'instituteur de la commune, il n'obéissait à aucune discipline et ne voulait en faire qu'à sa tête.

Placé alors dans une maison de santé on est obligé de le repren-

dre douze jours plus tard à la suite d'incidents regrettables : on fut obligé de lui passer la camisole de force.

Un an plus tard un torticolis spasmodique, qui ne fait que s'accroître depuis, fait son apparition.

Sa parole devient embarrassée, embrouillée. Son état mental ne s'est pas amélioré. Son instabilité, son impulsivité, son manque de volonté, l'éloignent de tout apprentissage. On le place chez un serrurier mais il est incapable de suivre les conseils qu'on lui donne, et ne peut même pas rendre les services d'un manoeuvre. Il gêne les ouvriers dans leur travail et les agace par ses réflexions peu sensées. Des disputes éclatent; on le traite de « séminariste » et de « curé »; alors, il se met en fureur, menace de se venger en s'emparant d'outils à sa portée.

Un prêtre voisin essaye de s'occuper de son instruction sans plus de succès; il le congédie. Alors, le pauvre diable est parti, désolé, pleurant, honteux d'apprendre à sa mère en rentrant chez lui qu'il avait été renvoyé. Pris de remords, il s'est jeté à son cou, lui demandant pardon, et s'est mis à l'embrasser, en lui jurant qu'il ne recommencerait plus.

Mais quelques instants plus tard, il avait déjà oublié ses promesses. A une observation insignifiante que lui faisait sa mère, il est devenu méchant, a pris une chaise à sa portée pour la frapper. Mais ses colères l'épouvantent lui-même; il se jette en pleurs aux genoux de sa mère. Il la bourre de coups, cette fois pour s'amuser : et la mère et le fils se battent comme des enfants; mais le garçon, qui ne mesure pas sa force, tape avec violence et finit par faire mal à sa mère, qui s'enfuit épuisée.

L'obsession de toucher et d'embrasser persiste. Il ne peut s'empêcher, dès que sa mère, sa sœur ou quelque femme que ce soit, surtout si elle lui plaît, passent près de lui, de les toucher, soit à la taille, soit aux hanches, soit ailleurs. Fréquemment il joint un baiser à ce premier geste.

A certaines heures il abonde sans raison en grossièreté de langage; cette coprolalie est d'ailleurs épisodique et peu marquée.

Etat actuel. — Quelques années de plus ont passé. Nous voici en mars 1929, Alix a 19 ans. Il est devenu un adolescent, fortement constitué, de grande taille, solide et plein de vie physique, mais son état neuro-psychique n'a guère varié. Sa parole est embarrassée, explosive; la langue paraît pâteuse. Il se plaint d'être assez vite fatigué. Il est devenu maladroit. Si on lui fait faire le mouvement de marionnettes, au niveau des poignets on s'aperçoit que ce mouvement est raide, ralenti, surtout à droite.

Il mange à toutes les heures de la journée. A 11 heures 1/2, quand il sent le fumet du déjeuner, il est comme un chien affamé aux agnets : il soulève le couvercle des casseroles, trempe des mies de pain dedans, prend la crème du lait, s'il y en a. Entre le

fourneau et l'endroit où il se tient, le plancher est jonché de gouttes de liquide, de débris de victuailles, de bouts de pain qui jalonneront son passage; il avale si goulûment que ses vêtements eux-mêmes sont tachés. Mais on a beau le gronder il recommence tous les jours. On évite de le laisser sortir, car ce sont des disputes inévitables avec les voisins, il n'a rien de plus pressé que d'aller leur raconter tous les mauvais compliments qui courent sur leur compte, n'hésite pas à employer les mots les plus grossiers qu'il a entendus. Ou bien il tombe dans l'excès opposé et, pour marquer son affection, embrasse volontiers ses amis, et plus spécialement les jolies filles. Il en résulte des conflits continuels. Pour uriner il va s'étaler complaisamment devant la demeure des voisins et prend un malin plaisir à faire durer cet exercice le plus longtemps possible; les gens crient au scandale et viennent se plaindre aux parents qui gourmandent leur fils de son manque de retenue; mais lui, prétend n'avoir pas pensé à mal et rit de cette innocente plaisanterie ! Ce jeune prétendant gentleman manque pourtant, et à tout moment, aux lois les plus élémentaires de la bonne tenue : il crache, sans s'en rendre compte, partout où il se trouve, et même à la figure des gens; il desserre constamment la ceinture de son pantalon, déboutonne celui-ci de façon à mettre son ventre à l'aise et insinue vers les parties génitales ses doigts de la main gauche, qu'il remonte ensuite à hauteur de son nez et renifle bruyamment. Son goût excessif de la propreté, par peur des microbes, n'est qu'apparence. Il lui faut un cabinet de toilette spécial, plusieurs savons, de nombreuses serviettes; mais il tend celles-ci sur une ficelle au-dessus d'une desserte dans la salle à manger, et quand il s'essuie à une, il la jette ensuite dans un placard où est le pain; ou il tire sans ménagement sur une autre, casse la ficelle, et brise tous les objets, bouteilles, plats ou assiettes, qui sont au-dessous; parfois même il se mouche dans une de ces serviettes et la lance dans le garde-manger au milieu des mets en réserve. Il prétend ne pas vouloir aller au water-closet sous prétexte qu'il y attraperait des microbes; mais il fait ses besoins en plein air, au bord de l'eau, devant n'importe qui, ou bien dans un pot de chambre, à la maison, sans le moindre souci de décence; parfois même à la fin de l'opération des traces de pertes séminales tachent le parquet. Toujours taquin, cherchant chicane à tout le monde, bavard et frondeur, il finit par exaspérer ceux qui sont avec lui. Si on se fâche ou riposte, si on lui envoie quelque taloche insignifiante et même à une simple menace, il se met à pousser des cris épouvantables, ameuté les voisins qui accourent effrayés, sort les mots les plus grossiers de son répertoire, se roule à terre sous leurs yeux, tombant dans un état de léthargie qui n'est que comédie et simulation.

Observation II (Personnelle).

Service de M. le P^r Perrens.

*Syndrome parkinsonnien. — Dépression mélancolique. —
Idées délirantes. — Irresponsabilité.*

Mlle B..., 39 ans, entre à l'asile de Château-Picon, le 11 mai 1930, pour troubles du caractère, avec un état de dépression mélancolique et idées délirantes. La malade se disputait souvent avec sa mère et l'injurait. Son caractère était impossible. Elle avait déjà été internée trois ans auparavant pour les mêmes troubles.

Elle présentait un état de dépression mélancolique avec une légère anxiété et des idées délirantes d'auto-accusation, de culpabilité et de persécution.

Elle avait peur de tuer et d'être tuée. Craignait de rendre tout le monde poitrinaire par une infection qu'elle avait dans la bouche. Tentative de suicide il y a six ans par coup de rasoir dont il persiste une cicatrice au cou.

Etat actuel. — Syndrome parkinsonnien très net. Raideurs généralisées. Tremblement des muscles de la face et de la langue. Réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation presque inexistants. Réflexes rotuliens vifs. Pas de myastagmus.

Grosse dysarthrie. Tachyphémie très prononcée; il est difficile de la comprendre. Mémoire des faits antérieurs très diminuée. Elle compte pourtant assez bien, car elle a tenu une épicerie. Mémoire des faits actuels, nulle. Elle lit mais ne se souvient plus des lignes qu'elle a lues, un instant auparavant. Comprends très bien ce qu'on lui dit, mais sa dysarthrie empêche qu'elle réponde correctement. Elle est incapable de s'occuper utilement. Inadaptabilité, aboulie, irresponsabilité. Toutefois, depuis l'année dernière où nous l'avons vue pour la première fois, son état mental s'est légèrement amélioré, ses idées délirantes ont disparu en grande partie et ses troubles bradykinétiques ont un peu régressé.

En somme c'est une malade à qui le séjour dans l'Asile est très profitable.

Observation III

Due à l'obligeance de M. le P^r agrégé Perrens
(Certificat d'expertise).

*Syndrome Parkinsonien. — Bradypsychie.
Bradykinésie. — Irresponsabilité.*

Le 1^{er} avril 1925, M. Jean R..., agent de service de la répression des fraudes, préleva des échantillons sur le lait que Mme veuve Germaine D... allait vendre à M. L..., laitier à X.... « J'avoue bien sincèrement, déclara Mme D... à l'agent, avoir mis un litre

d'eau environ dans chacun des deux bidons de lait que je viens de livrer au laitier. Je regrette cet acte et vous promets de ne plus mouiller mon lait. »

L'analyse démontra que le lait saisi était mouillé de 25 % environ. Le 5 mai suivant, Mme D... fut interrogée par les gendarmes. Elle renouvela ses aveux et ajouta : « Quelques instants après le départ de l'agent des fraudes, ma fille Marcelle m'a dit qu'elle avait, un moment avant que je ne livre le lait, renversé un bidon, et, pour ne pas être grondée, elle avait mis de l'eau dans le bidon, pour remplacer le lait qui manquait.

Marcelle D... confirma ce propos de sa mère.

Dans un premier certificat daté du 17 avril 1925, M. le docteur R... déclare que Marcelle D... est atteinte d'une affection nerveuse chronique et qu'elle a tenté une fois de se jeter dans un puits; dans un deuxième certificat du 15 janvier 1926, directement envoyé à l'expert qui avait convoqué la prévenue à Bordeaux M. le docteur T... déclare donner des soins depuis plusieurs années, à Marcelle D... pour des accidents nerveux. Il ajoute : Mademoiselle D... n'a pour ainsi dire pas quitté sa chambre depuis plusieurs mois. Elle tremble tellement qu'elle ne peut plus s'habiller et elle ne s'alimente qu'à grand peine. A mon avis la malade ne peut actuellement se rendre à Bordeaux par le train. Elle pourrait au besoin y être transportée en automobile. Mais ses moyens ne lui permettent pas ce moyen de transport !

Examen (22 avril 1926). — C'est en effet une grande malade que nous avons à examiner. Son attitude, l'aspect de son visage imposent d'emblée le diagnostic de la maladie dont elle est atteinte. Elle est à demi étendue sur une chaise longue. Elle y passe, nous dit-on, la plus grande partie de son temps quand elle ne reste pas au lit. La fait-on lever en la soutenant ? On constate une raideur anormale de tout son corps. La tête, légèrement projetée en avant, le visage figé dans une expression d'indifférence que démentent, d'ailleurs, de fréquents accès de détresse et de pleurs, la colonne vertébrale soudée, les deux bras immobilisés, les mains posées à plat sur le ventre où elles se rejoignent, tel est l'aspect de la malade.

Regardons d'un peu plus près. Ses paupières sont animées d'un tremblement constant. Bien qu'elle n'ait pas de dysarthrie, sa langue tremble aussi. Sa bouche est déviée vers la gauche, la commissure droite restant à peu près immobile pendant l'émission des mots tandis que la commissure gauche s'ouvre et se ferme sans difficulté. La paralysie faciale droite dont ces signes témoignent, s'accompagne d'une paralysie presque absolue des membres supérieur et inférieur droits. Le membre supérieur est si contracturé qu'on a beaucoup de peine à provoquer des mouvements de flexion ou d'extension de l'avant-bras sur le bras. Pendant qu'on exécute

ces manœuvres, on entend des craquements articulaires. La main droite est contracturée en flexion. Elle ne se redresse pas. Nul mouvement volontaire n'est possible ni du bras, ni de l'avant-bras, ni de la main. Cependant, en ouvrant les doigts de la malade, de manière à introduire notre main dans la sienne, on constate qu'elle peut serrer légèrement. Le réflexe du radius n'est pas exagéré. Les autres n'ont pu être recherchés.

Le membre inférieur droit n'est pas immobilisé dans une position vicieuse. La contracture y est moins accentuée. Sur le plan du lit Marcelle D... exécute de légers mouvements volontaires d'extension et de flexion. Elle est capable de faire quelques pas. Lorsqu'elle prend un point d'appui, elle avance lentement en traînant sa jambe droite. Si elle n'en a pas, on la voit se pencher en avant, faire quelques petits pas, d'abord péniblement puis de plus en plus vite, à mesure que son corps se projette davantage en avant, tout d'une pièce, comme si, selon l'expression classique, elle courait à la recherche de son centre de gravité. La chute serait inévitable. On la retient au moment où elle va s'abattre sur le sol. Le réflexe rotulien est un peu vif, l'achillien normal, le réflexe plantaire nul. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde de la rotule ni du pied.

Le bras gauche est collé contre le corps. L'avant-bras, la main surtout, sont animés d'un tremblement perpétuel, dont les secousses deviennent plus amples dans l'exécution des mouvements volontaires. Les mouvements passifs révèlent une hypertonicité musculaire qui cède assez rapidement. Sous l'influence de la mobilisation les muscles retrouvent leur élasticité normale. Cette deuxième remarque s'applique au membre inférieur gauche. Les réflexes rotuliens et achilliens sont normaux, le réflexe plantaire est très faible. Ni à gauche ni à droite il n'existe de troubles trophiques.

Marcelle D... nous donne des indications sur son passé et sur les conditions où se développèrent les troubles qui viennent d'être décrits. Elle est née à L... le 21 décembre 1904. Sans avoir eu dans la première enfance de maladie grave, elle se montra toujours nerveuse, irritable et sensible. Réglée à 12 ans, elle mena la vie des jeunes filles de la campagne jusqu'au moment où elle en fut empêchée par les premières manifestations de la maladie actuelle.

Dans la nuit du 13 décembre 1919 elle fut prise soudainement d'une crise d'excitation et se mit à siffler et à chanter. Son instabilité, son besoin de se dépenser en activité inutile et en propos peu cohérents durèrent quelque temps. Elle sentait elle-même « ses idées s'en aller », déchirait ses vêtements, brisait les objets qui se trouvaient à sa portée. Une fois elle voulut se précipiter dans le puits de son jardin.

Parmi ce désordre mental apparaissaient quelques phénomènes d'ordre nerveux. Un jour c'était de la diplopie, un autre jour

des accès subits d'essoufflement que M. le docteur Z... constate et qui ne s'accompagnaient ni d'asphyxie ni de signes objectifs de lésion localisés à l'appareil respiratoire. A d'autres moments, ses globes oculaires se tournaient vers le haut de l'orbite, sous les paupières, et demeuraient fixes dans cette position pendant des heures par une contracture des muscles droits supérieurs que ses efforts ne parvenaient pas à vaincre.

Ses troubles mentaux s'apaisèrent; sa diplopie, ses accès d'essoufflement, la contracture intermittente de ses muscles oculaires disparurent. On la croyait guérie. Peu à peu cependant un tremblement, d'abord limité aux muscles droits, puis généralisé aux quatre membres, et particulièrement marqué au niveau des mains, s'installa, tandis que le corps tout entier perdait sa souplesse, que les mouvements volontaires devenaient plus lents, plus difficiles. Quand le tremblement des membres droits cessa la paralysie était établie.

* * *

Le récit que nous fait Marcelle D... est confirmé par sa famille. La malade, parfaitement orientée, évoque ses souvenirs sans hésitation et saisit leur enchaînement. Elle ne délire pas, du moins pendant notre examen. Mais nous apprenons par ses parents et par son médecin, qu'elle est sujette à des accès de tristesse insuffisamment motivés. La seule annonce de notre visite la plongeait, nous dit-on, dans une détresse si profonde qu'elle se mit en tête de mourir. Sa mère la surprit essayant de « s'ouvrir les veines du poignet ». On voit sur la face antérieure de son poignet gauche la trace d'une incision superficielle récente.

Marcelle D... sanglotait à notre arrivée. Il lui arrive fréquemment de pleurer. Son infirmité la désole. Elle n'a pas l'espoir de guérir, Son découragement n'est que trop justifié. Elle vit dans l'inaction, ne s'intéresse pas aux travaux des siens, à la vie extérieure, ne manifeste aucune curiosité, fait preuve d'une aboulie complète.

Discussion. — L'histoire de la maladie et les symptômes actuels imposent un diagnostic : celui de l'encéphalite léthargique.

Au point de vue strictement neurologique la gravité du cas présent n'a pas besoin d'être démontrée. Marcelle D... est une infirme. On n'a pas encore vu guérir de malades tombés au point où elle est. Son avenir est sombre.

Au point de vue psychiatrique, le problème en est un peu plus complexe. Dans l'intervalle de ses périodes d'agitation ou de dépression, Marcelle D... raisonne correctement. Elle en a fait la preuve devant nous. Elle n'en demeure pas moins profondément touchée dans sa vie affective, incapable d'exercer sa volonté, sou-

mise à des impulsions dont elle ne calcule pas la portée : ses tentatives de suicide en témoignent et ses violences anciennes. On ne dit point que le geste du laitier qui ajoute de l'eau à son lait comporte en soi un élément pathologique. Si Marcelle D... mit de l'eau dans le lait que sa mère allait vendre, le motif qu'elle indique n'a rien non plus de morbide. Mais celle à qui sa mère attribue l'acte incriminé est une fille durement frappée par une maladie du système nerveux et dont la volonté n'est pas libre.

Conclusions. — 1° Au moment des faits l'inculpée était en état de démence au sens de l'article 64 du Code pénal;

2° Elle est irresponsable.

Observation IV

(Tirée de la *Rivista sperimentale di freniatria* du 31 décembre 1931 et due à M. le Dr I. Imber.)

Syndrome parkinsonien léger. — Ralentissement psychique. Impulsivité se traduisant par des décharges motrices non communes.

C. Zita, jeune fille de 20 ans, entre à l'Asile Provincial d'Ancône, le 8 août 1930. Père alcoolique de caractère irascible. Pas de cas de psychopathies dans la famille.

La malade n'a pas eu dans le passé des maladies dignes d'être notées. A été réglée à 19 ans. Depuis les menstrues ont toujours été régulières. Suivant les renseignements recueillis dans la famille, la malade, depuis environ un an, serait devenue déprimée, montrerait peu d'affection pour les siens et se désintéresserait de tout. Dans la dernière semaine elle aurait présenté une période d'agitation avec des actes de violence contre les personnes, ce qui a nécessité son internement.

Ce sont les rares notes anamnestiques qui ont pu être recueillies dans la famille.

Par l'observation clinique des deux premiers mois d'internement, on constate que la malade est constamment déprimée; elle dort très peu. Ses réponses sont toujours adéquates. On ne note pas d'hallucinations ni d'autres troubles psycho-sensoriels. La malade ne présente jamais d'idées délirantes. Attention facilement épuisable. Mémoire intacte. Fréquents états d'agitation psycho-motrice avec brusques et irrégulières explosions de tendance destructive et d'agressions contre l'entourage. Elle se nourrit discrètement et se tient propre.

Dans les mois suivants, la malade est devenue plus calme, au point de pouvoir être transférée dans une section de malades plus tranquilles.

Diagnostic provisoire : schizophrénie.

J'ai commencé à observer la malade en avril 1931. Ce qui attire tout d'abord l'attention sur elle c'est une particulière agitation motrice irrégulière, associée à une habituelle pauvreté de mouvements généralisés. A l'observation superficielle ces mouvements, brusques et irréguliers, rappellent l'agitation choréique, mais en observant la malade plus attentivement et pendant un certain temps, on constate que très peu des mouvements signalés ont un caractère choréique. Dans la plupart des cas par contre, seul, le début de ces mouvements anormaux est brusque et imprévu, tandis que la tendance et l'effet final manifestent clairement un caractère agressif. Conforme à ce caractère, est le fait que les actions anormales se manifestent en premier lieu dans les membres supérieurs. Ces réactions anormales consistent presque exclusivement en coups de poings imprévus et en violences soudaines si elles sont dirigées contre les personnes. Quant aux objets, la malade les brise, les déchire ou les jette. Rarement on observe des morsures. La décharge de ces actions agressives s'effectue avec une égale fréquence sur les personnes, qui, au moment donné, se trouvent près de la malade, sur les objets plus proches ou faciles à attraper, ou sur elle-même. Une préférence pour certaines personnes, ou seulement pour des objets donnés, n'a jamais été observée. Quelquefois la violence ou les coups surviennent brusquement, sans aucun motif, et s'exercent de la même manière, aussi bien sur le médecin, qui, chaque jour, s'occupe de la malade, que sur la religieuse qui la soigne avec la plus grande bonté, et quelquefois même sur les autres malades. Avec une égale véhémence, la malade lance, à un moment donné, une pierre, aussi bien qu'un plat contenant de la nourriture, pour le ramasser tout de suite après, avec une évidente expression de malaise et continuer ensuite à manger la nourriture recueillie.

Ces actes agressifs, n'ont pas un caractère itératif, ils apparaissent, au contraire, toujours isolés. Quand un acte s'est produit on peut prévoir, presque avec certitude, qu'il ne se renouvellera plus. On a pu remarquer que la malade, et, particulièrement, dans les premiers mois, où elle était très agitée, pas une fois, n'a causé par ses actes agressifs, des lésions objectivement perceptibles sur les personnes. On remarque aussi que les actes agressifs, brusques, involontaires et véhéments dans leur phase initiale, immédiatement avant la décharge, diminuent d'une façon évidente d'intensité, et, s'ils sont dirigés contre les personnes, ils semblent vouloir éviter les parties du corps faciles à léser. Les coups que donne Zita se font assez sentir, mais cependant beaucoup moins que ce qu'on aurait pu attendre de leur violence initiale. On a souvent ainsi la sensation, que la force de la décharge motrice est partiellement bloquée par un frein invisible.

Comme il a déjà été dit plus haut, les actes agressifs de la malade se retournent quelquefois aussi contre elle-même. On a dans ce cas l'impression que les décharges motrices sont moins réfrénées que lorsqu'il s'agit des autres. On peut citer à ce sujet les violents coups de tête contre le mur, qu'elle se donne lorsqu'elle est assise et appuyée contre lui.

Avec des exhortations, énergiquement répétées, on réussit quelquefois à atténuer l'effet de ces actes anormaux et agressifs. Ils s'accroissent, au contraire, par une observation passive.

Durant les trois mois qu'a presque duré mon observation de la malade, j'ai pu assister, une seule fois, à un état de très forte excitation motrice, d'une durée de dix minutes environ, et dans laquelle Zita se déchira la chemise, se jeta plusieurs fois sur le lit pour ressauter ensuite aussitôt et frappa sur le sol, à plusieurs reprises et avec la plus grande violence, un vase qui se trouvait là. Tout cela avec une conscience parfaitement lucide, sans gestes théâtraux, ni puérilisme, ni cris, mais avec une expression tenant à la fois de la souffrance et de la dépression. Elle avait des larmes aux yeux et poussait de profonds soupirs.

Examen physique. — Etat général bon. Peau et muqueuses de coloration normale. Caractères sexuels secondaires très bien développés. Rien de pathologique du côté des organes internes.

A l'examen neurologique, on note : pas de nystagmus; motricité oculaire normale; hypokinésie des muscles péri-buccaux du côté gauche. Tremblement de la langue de moyenne fréquence. Motricité active et passive des membres, intacte. Force musculaire notable dans les divers segments. Tonus musculaire normal. Réflexes patellaires, achilléens, abdominaux, ostéo-périostiques et tendineux profonds des membres supérieurs, rapides et égaux des deux côtés. Aucun signe de lésions pyramidales. Aucune altération de la sensibilité superficielle et profonde. Orifices pupillaires réguliers, isochoriques, plutôt en mydriase, réagissant lentement à la lumière et mieux à l'accommodation.

Habituellement Zita conserve la position assise avec le tronc et la tête légèrement fléchis. Avec la pauvreté généralisée des mouvements, contraste l'expression vivante et mobile du visage et particulièrement des yeux. Vissée à elle-même, la malade ne prend aucune part active à la vie de l'entourage, bien qu'elle enregistre tout correctement et qu'elle connaisse le nom de toutes ses compagnes de la section. Elle réagit quelquefois par un sourire de circonstance aux jeux de mot ou aux situations comiques. Elle ne manifeste spontanément aucun désir, mais elle demande quelquefois la permission d'aller se coucher, parce qu'elle accuse de la céphalée ou de la somnolence. Elle ne demande jamais à travailler. Les travaux de cuisine ou de broderie qu'on lui donne quelquefois à titre d'épreuve, elle les abandonne subitement après avoir

fait quelques lentes mais correctes tentatives en disant qu'elle se sent fatiguée. Invitée par une compagne, à faire quelques pas avec elle dans le jardin, et prise énergiquement par le bras, elle arrive à vaincre pendant un instant son inertie et accepte. Mais après un petit moment elle se dégage et retourne s'asseoir. Aux taquineries des autres malades elle ne réagit jamais avec violence. Au contraire elle s'écarte d'elles avec des gestes purement défensifs et appropriés. L'unique réaction motrice compliquée qu'elle exécute spontanément c'est de se lever pour saluer le médecin qui entre dans le dortoir.

Le résultats des diverses interrogations sont toujours plus ou moins identiques. Perception correcte mais très lente ; attention très affaiblie et précisée, soit dans le sens de la capacité de se concentrer sur une idée (hypoténacité), soit pour ce qui regarde la facilité de passage d'une idée à une autre. La malade réagit aux demandes, mais le plus souvent, seulement après se les être fait répéter plusieurs fois et avec énergie. Les réponses sont toujours brèves, quelquefois incomplètes mais toujours adéquates. Rarement elle répond au moyen de quelques phrases populaires qui s'adaptent parfaitement au sens et au ton de la question.

Orientation bonne. Pas de troubles de la mémoire. Pas d'hallucinations ni d'idées délirantes. Manifestations affectives spontanées très faibles.

Le trait dominant du caractère est la dépression avec une pointe d'irritabilité.

Ces divers symptômes ont permis, par la suite, de faire le diagnostic d'encéphalite léthargique, évoluant depuis environ un an, et dont la phase aigue passa complètement inaperçue.

III. — Les réactions anti-sociales des encéphalitiques chroniques

Les actions médico-légales des encéphalitiques, qu'elles représentent ou non un délit, sont intimement liées aux troubles mentaux. C'est ce qui explique pourquoi les encéphalitiques sont le plus souvent déclarés irresponsables. Ces réactions peuvent être légères ou graves. Légères, elles entraînent généralement peu d'action en justice. Les plus fréquentes sont : la simulation, les réactions de type pithiatique, la mythomanie et accusations calomnieuses, le refus d'obéissance et la rébellion, le sommeil de faction ou en service, les fugues, le vagabondage. Parmi elles, certaines peuvent prendre une grande importance dans le milieu militaire, où elles conduisent souvent le sujet devant le Conseil de Guerre.

Quant aux réactions graves, elles ont des conséquences plus ou moins sévères pour le malade lui-même et pour l'entourage, car elles déterminent souvent des poursuites judiciaires. Ce sont : le suicide simple ou avec entraînement au suicide collectif; les réactions d'ordre sexuel, attentats aux mœurs, exhibitionnisme, viols, actes homo-sexuels; les vols; les violences contre les personnes ou les choses; les meurtres.

Toutes ces réactions médico-légales se manifestent le plus souvent avec un aspect morbide évident.

L'itération exagérée, le caractère stéréotypé, la stupidité avec laquelle elles sont exécutées entreront en ligne de compte lors de la discussion de la responsabilité.

DEUXIEME PARTIE

LA RESPONSABILITÉ DES ENCÉPHALITIKES ÉPIDÉMIQUES.

Après avoir passé en revue les troubles mentaux et les réactions médico-légales des encéphalitiques épidémiques nous allons en étudier maintenant la responsabilité. Nous l'envisagerons séparément aux deux phases de la maladie, chez l'enfant et chez l'adulte, au point de vue social comme au point de vue pénal. Nous terminerons enfin par quelques suggestions sur la manière d'agir envers nos malades.

Il ne faut pas remonter très haut pour trouver chez les auteurs des discussions ou même seulement des suggestions au sujet de la responsabilité des encéphalitiques.

MM. Truelle et Petit, au Congrès de Quimper en août 1922, y touchent à peine.

Le 11 février 1928, MM. Laignel-Lavastine et H. Desaille, dans les *Annales médico-psychologiques*, présentent un malade atteint d'encéphalite en 1923. Ce malade a des impulsions homicides et coléreuses qui le rendent dangereux. Il a fréquemment tenté d'étrangler sa femme et son enfant. Ces auteurs demandent d'interner d'office de tels sujets.

Le 24 mai 1928 (in *Annales médico-psychologiques*), M. Henyer présente un parkinsonien post-encéphalitique, qui, malgré un état maladif évident, a subi sept condamnations pour vol.

En octobre 1928 nous avons le rapport de M. Fribourg-Blanc.

Les auteurs étrangers s'occupent aussi un peu de la question.

K. Gross, in *Wien. Klin. Woch* de décembre 1926; D. Julius, in *Monatschr. f. Psychiat. und Neurol.* de mai 1931; et surtout K. Möser, dont nous rapportons l'observation parue dans : *Archiv für Psychiatrie* d'août 1930, citent des cas et tirent des conclusions médico-légales.

Le 6 et 7 décembre 1930 (in *Annales médico-psychologiques*, 1931) à la Société suisse de psychiatrie et de neurologie, divers auteurs, dans une séance, établissent et discutent le bilan de l'encéphalite léthargique. M. H. Steck, de Lausanne, traite des syndromes mentaux post-encéphalitiques.

M. le professeur Marès surtout, parle de la médecine légale de l'encéphalite. Il en dénonce la fréquence comme cause de délinquance et de criminalité. Il soulève aussi, en matière de droit social, l'importante question des assurances sociales, en appuyant sur le rôle du traumatisme crânien comme pouvant créer un cas de diminution de résistance au virus. Il dit encore un mot de l'interruption de la grossesse, du droit au mariage, du divorce, du pouvoir de tester, en cas d'encéphalite épidémique.

D'après cet auteur, la déclaration de cette maladie aurait son importance pour se procurer du sérum de convalescent.

Dans la discussion de ce rapport, MM. les Prs Bing de Bâle et Garnier de Zug rapportent des cas intéressants au point de vue médico-légal. M. Bing relate un cas de dissimulation du parkinsonisme dans le but de mettre toute la maladie à la charge de l'assurance militaire. M. Garnier montre que tous les délits post-encéphalitiques ne sont pas impulsifs et irréfléchis et cite le cas d'un malade qui a commis des vols avec effraction parfaitement organisés.

I. Responsabilité des encéphalitiques épidémiques à la phase aiguë de la maladie.

Comme nous l'avons dit, dans cette phase il faut comprendre non seulement les cas de la période d'invasion ou prodromique mais encore ceux des périodes d'état et de terminaison, c'est-à-dire jusqu'à cessation de tous les symptômes neurologiques.

Le problème est en apparence facile mais il se complique singulièrement du fait que les troubles mentaux n'ont pas toujours la même intensité. Nous avons parlé des états à éclipse, des intermissions, des phases de lucidité coupant l'harmonie des symptômes. Il faut compter de plus avec les formes frustes, ambulatoires où les signes somatiques sont souvent si atténués qu'ils peuvent passer totalement inaperçus et où les troubles psychiques couvant sous l'apparence d'un calme trompeur peuvent éclater brusquement en des réactions violentes qui étonnent tout le monde.

Il y a enfin la phase prodromique qui est si souvent difficile à identifier.

En tenant compte de tous ces faits, si une action judiciaire est menée dans un moment où les troubles psychiques ont disparu, on peut, en face d'un inculpé qui paraît normal, méconnaître la nature morbide de ses réactions délictueuses et croire même, chez le sujet, à de la feinte préméditée, ou à une simulation d'amnésie et d'égarement.

Il importe donc de se méfier par crainte d'entraîner de regrettables conséquences dans l'ordre judiciaire et moral en faisant emprisonner par exemple un malade grave.

Il faudra faire évidemment le diagnostic exact : c'est la première et la plus importante des investigations. On aura la

plupart du temps été mis en éveil auparavant par les caractères très souvent anormaux d'extravagance de l'acte commis, contrastant avec le comportement du sujet jusqu'à ce jour. D'ailleurs l'apparition généralement rapide des symptômes révélateurs de l'encéphalite épidémique éclairera bientôt la situation et permettra de rapporter à leur véritable cause les actes incriminés.

Dans l'étude médico-légale de l'encéphalite épidémique aiguë nous aurons à envisager des cas : 1^o relevant soit de la procédure pénale, soit de la procédure civile; 2^o relatifs au malade lui-même.

A. Pour les premiers, le diagnostic de la maladie étant posé d'une façon certaine, considérant le malade comme étant en état de démence, au sens juridique du mot, au moment où il a commis le délit, nous devons conclure à son irresponsabilité totale.

Ce qui nous donnera raison c'est :

1^o L'état mental du malade qui est très atteint dans la phase aiguë ainsi que nous l'avons vu. Il n'est plus maître de ses actions et n'est plus à même de les discuter car son raisonnement et son jugement sont incapables de fonctionner normalement;

2^o La cause efficiente de l'acte lui-même qui est totalement indépendante de la volonté du malade avec son caractère manifeste d'impulsion irrésistible. Le malade, sous l'influence de l'excitation cérébrale, agit dans un état d'automatisme dont l'inconscience ne peut être mise en doute;

3^o L'état d'amnésie qui suit dans de nombreux cas l'acte incriminé et cette ignorance est un des principaux caractères des délits commis pendant la phase aiguë.

Cette conclusion à l'irresponsabilité tombe sous les sens et nous sommes ainsi d'accord aussi bien avec les divers auteurs ayant parlé de la question qu'avec les nombreuses expertises médico-légales et avec l'article 64 du Code qui protège les déments des sanctions pénales.

B. Les cas relevant de la procédure civile, et nous voulons surtout parler du mariage, sont encore plus importants.

Ces cas sont rares heureusement. Pourtant l'Observation de G. Petit est assez significative pour permettre une discussion.

Dans les cas où comme, lorsque dans cette Observation (voir page 16), les troubles encéphalitiques éclatent brusquement après le mariage et sont suivis de réactions médico-légales graves, incompatibles avec la vie conjugale, à moins que le conjoint sain n'ait été averti de leur éventualité possible par la famille ou le médecin, le mieux est de conclure à l'annulation pure et simple du contrat. Il faut bien entendu faire une restriction pour certains cas curables ou susceptibles d'amélioration, le séjour du malade dans un asile serait alors nécessaire avant de pouvoir se prononcer.

C. Au sujet des cas médico-légaux, intéressant le malade lui-même, deux pourront retenir notre attention.

Ce sont : 1^o Les suicides et tentatives de suicide. — Excessivement fréquents pendant la période chronique, ils ne sont pas rares non plus à la phase aiguë avec le caractère d'inconscience en plus. La fréquence de ces actes est probablement due à une perturbation du sens de la conservation qui peut aller de son atténuation plus ou moins grande jusqu'à sa complète disparition, des tentatives de suicide des encéphalitiques aigus sont souvent si extravagantes dans leur exécution qu'elles provoquent rarement des résultats mortels (Observation VII). Aussi ne peut-on pas en imputer le malade qui les commet. Ceci a son importance, dans les pays où comme, en Angleterre par exemple, le suicide est considéré comme un délit et dans la justice militaire.

2^o Les morts subites. Depuis ces toutes dernières années on a signalé des cas de mort subite, surtout depuis qu'a été découverte une forme particulière de la maladie, la forme bulbaire (voir la thèse de A.-G. Copperie, Bordeaux, juillet 1923). Ces morts subites de la phase aiguë sont dues vraisemblablement à un arrêt brusque des fonctions cardiaques

et respiratoires par atteinte du bulbe par le virus encéphalitique. Ce fait peut avoir un grand intérêt au point de vue médico-légal, surtout en ce qui concerne la question des assurances et des retraites.

En résumé, pour les délits commis au cours des épisodes aigus de la maladie, c'est l'irresponsabilité et le traitement hospitalier qui s'imposent.

II. Responsabilité des encéphalitiques chroniques.

Le tableau que nous avons tracé des troubles mentaux post-encéphalitiques est noir; la réalité ne lui est pas toujours conforme. Nous avons en effet parlé des énormes variations qui existent entre chaque malade. Les uns sont très profondément touchés; certains ne le sont que moyennement et sont susceptibles de mener une vie ralentie mais une vie quand même. D'autres enfin se comportent exactement comme des sujets normaux. Leur psychisme est si peu touché que personne ne peut rien déceler de bizarre en eux. Pourtant, un jour, ils commettront un méfait qui étonnera tout le monde : brusque réveil d'une affection qui n'était qu'endormie.

Pour étudier la responsabilité d'un encéphalitique, il faut considérer deux ordres de faits :

1° Son état mental;

2° Ses actes.

L'examen de l'état mental, où il faudra tenir compte des troubles de l'humeur, du caractère, du sens moral, des instincts et aussi de l'inadaptabilité, devra tendre à l'évaluation des désordres psychiques en établissant des degrés. L'examen des actes médico-légaux devra s'occuper de leur répétition plus ou moins stéréotypée, et surtout de la façon dont ils sont exécutés. Faut-il tabler aussi sur les troubles physiques ?

Dans une maladie essentiellement nerveuse comme l'encéphalite, il semble que l'on doit en tenir compte. Des troubles physiques sont, en effet, le reflet des désordres mentaux. Ils sont toujours réunis et aucune observation ne rapporte les uns sans les autres. Il faut donc les faire entrer en ligne de compte.

Quant aux tares héréditaires, et aux antécédents névro-

pathiques personnels, si on les rencontre dans les anamnestiques d'un encéphalitique, ils doivent évidemment faire pencher davantage la balance du côté de l'irresponsabilité. En effet, si le malade est déjà influencé par un fond mental perversi, l'apparition des troubles du caractère et du sens moral ne peuvent qu'être favorisés, et le plus souvent même aggravés.

Si l'on prend toutes les observations concernant les encéphalitiques chroniques, qu'on les analyse et qu'on les classe, on remarquera tout de suite que les troubles psychiques et les actes médico-légaux, forment, chacun de leur côté, trois catégories différentes.

1° L'état mental peut être :

- a) bon ou presque normal. Nous lui donnerons pour plus de facilités, le qualificatif de « bon »;
- b) Défectueux à différents degrés; état « troublé »;
- c) Mauvais ou très taré : état « mauvais ».

2° De leur côté les actes peuvent être :

- a) engendrés avec plein raisonnement et nécessitant du jugement, de l'habileté, de la préméditation : actes « sensés »;
- b) imprégnés d'une certaine réflexion, d'une certaine ruse : actes « réfléchis »;
- c) stupides et dénués de tout principe raisonnable : actes « stupides ».

Parmi les observations variées, rapportées par les auteurs nous pouvons remarquer plusieurs combinaisons de ces différents états mentaux avec ces diverses réactions médico-légales.

1° Etat mental bon, actes sensés.

Observation V

(Rapportée par M. le Dr K. Möser in *Archiv für Psychiatrie und Neurologie*, août 1930)

*Syndrome parkinsonien très léger. — Pas de troubles mentaux.
Responsabilité.*

Ewald B..., facteur, âgé de 36 ans, était accusé le 24 mai 1929 par la Direction générale des postes de s'être approprié, depuis

cinq mois, treize fois durant, l'argent provenant du remboursement des colis postaux, en détruisant les reçus. Au début du mois de mai 1929 le supérieur de ce facteur, qui avait déjà eu des soupçons en constatant la nervosité anormale de cet homme, toutes les fois qu'il vérifiait les comptes en sa présence, s'aperçut que tout ce que B... avait marqué sur les registres était falsifié. De plus, on put constater par la suite, en étudiant les dossiers où il inscrivait les envois de colis postaux, que pendant trente-cinq fois, il n'avait pas fait une livraison régulière des paquets, ne les distribuant qu'avec du retard, en les gardant chez lui quelquefois jusqu'à dix jours. Pour ne pas que l'on s'aperçoive de ces faits, B... avait omis treize fois d'inscrire sur les registres postaux les envois, et gardait l'argent du remboursement. Interrogé sur les faits qu'on lui reprochait, il fournit alors les explications suivantes. Au mois de novembre 1928, il égara, pour la première fois, une somme de 205 marks, soit en oubliant à la poste le sac où il l'avait mise, soit en laissant tomber de la poche de son pardessus l'enveloppe qui la contenait. Il n'avait pas voulu avouer tout de suite, parce qu'il craignait de n'être pas cru, étant donné qu'il avait emprunté peu de temps avant, à une Société des Postes. Comme il ne voulait pas qu'on pût croire qu'il avait volé cet argent, il a cherché à se tirer d'affaire de la façon suivante. Il a emprunté chez un de ses camarades 50 marks, chez un autre 60, chez un troisième 10, soit 120 marks; quant au reste de la somme il l'avait mis de sa poche. C'était pour rembourser les dettes qu'il avait ainsi contractées, qu'il avait commencé à s'approprier l'argent des colis postaux. De cette façon il se procurait toujours de l'argent qu'il dépensait en partie à droite et à gauche et menait grâce à lui une vie facile. Mais il avait des remords, et, à cause de cette perte d'argent et des soucis qui en étaient résultés pour lui, il était devenu inquiet et nerveux. Ewald avouait par la suite que sa mère lui avait prêté 400 marks et son beau-frère 250. Avec ces sommes il remboursait une partie de l'argent qu'il devait et le reste lui servait au remboursement des colis. Mais il avait beau faire, il ne pouvait jamais combler sa dette entièrement.

Il menait une vie légère et fréquentait, le soir, les cafés. Il buvait et jouait souvent aux cartes. Personne ne l'entraînait à mener cette vie, mais c'était de lui-même, il ne pouvait s'en empêcher.

Pour s'excuser, il disait avoir fait la guerre pendant quatre ans et était retourné chez lui les nerfs malades et qu'au surplus, depuis mai 29, il est en traitement à cause d'eux. Il présentait un certificat médical à l'appui de ses dires.

Par la suite B... retira cette déposition, en disant qu'à cause de sa maladie nerveuse, pendant l'enquête, ne sachant comment

expliquer le motif des vols qu'on lui reprochait, il avait dit ce que nous avons relaté. Mais en réalité, cette histoire était fausse et il ne savait pas pourquoi il volait. Il répondait affirmativement à toutes les questions qu'on lui posait, mais d'une manière automatique, sans se rendre compte de ce qu'il disait.

En août 1929, le médecin traitant lui a fourni un certificat déclarant que sa maladie était la conséquence d'une atteinte d'encéphalite, avec tous ses symptômes normaux, sans excepter la complication de paralysie agitante et que, dans ce cas, il faut admettre qu'il est irresponsable.

A la suite d'une nouvelle enquête, le tribunal convoque des experts qui attestent que le facteur B... est parkinsonien. Mais malgré tout, déclarent-ils, en général son intelligence n'est pas atteinte, elle demeure intacte et de ce fait on ne peut admettre l'irresponsabilité sans discussion.

D'après certains renseignements recueillis, on apprit, qu'après quatre ans de séjour au front, B... est entré au mois de décembre 1919 au service des Postes, après avoir été examiné par un médecin qui a déclaré qu'il était physiquement et moralement sain. De plus, depuis son entrée en service jusqu'au moment de son arrestation, on n'avait jamais remarqué qu'il était malade, sa conduite était bonne, jamais de retard, ses supérieurs étaient très contents de lui.

L'auteur, qui l'avait examiné pendant qu'il était en traitement depuis juillet 29 dans une clinique de la ville, remarqua que B... présentait un tremblement unilatéral à gauche, de la sialorrhée, de la fatigue, de l'insomnie. Tous ces symptômes qui ont commencé à se développer depuis 1927 sont ceux d'un type parkinsonien post-encéphalitique, d'une intensité moyenne, avec de la rigidité et du tremblement dans les membres du côté gauche; avec un aspect figé et des réactions pupillaires lentes, le L. C. R. et le sang étant normaux. Pendant tout son séjour à la clinique, B... ne dit rien de l'accusation dont il était l'objet.

Il s'agit donc d'un homme de trente-six ans qui, depuis décembre 1919, est au service des Postes. Jusqu'en mai 1929 il s'acquitte très correctement de son travail et rien d'anormal en lui n'est constaté. A cette même époque on s'aperçoit qu'il a commis des détournements. Depuis la guerre certainement, il a eu une atteinte d'encéphalite qui lui a laissé des séquelles évidentes. Pourtant son état psychologique est absolument normal. Ses larcins furent méconnus pendant longtemps. Il essaye de donner une explication très plausible de ses vols et quand il vit qu'elle ne réussissait pas il alléguait qu'il était atteint d'une maladie nerveuse. Son séjour à la clinique était postérieur à l'accusation dont il était l'objet. Nous voilà donc en présence d'un homme atteint d'encéphalite dont les premières manifestations de séquelles sont advenues

plusieurs années après. Son état mental est normal, tout au plus peut-il avoir une légère diminution de la volonté.

Les experts qui ont examiné B... ont conclu à sa responsabilité atténuée.

Nous verrons bientôt ce qu'il faut penser de cette conclusion.

Observation VI

(Tirée d'un rapport d'expertise de M. Truelle.)

Congrès de Quimper août 1922

T..., 33 ans, inculpé d'outrages publics à la pudeur. Arrêté sur la plainte de Mme D... qui déclare que, pendant plusieurs jours consécutifs, il s'était exhibé le soir, en se masturbant devant sa fillette âgée de 14 ans. L'inculpé déclare qu'il n'a pu s'exhiber aux jours et heures indiqués par la plaignante, étant donné qu'il se trouvait chez lui

A eu une encéphalite ayant engendré un état parkinsonien manifeste. Mais, en dehors d'une certaine bradypsychie susceptible de ralentir les manifestations de l'activité volontaire, le malade ne présente aucun trouble intellectuel.

M. Truelle conclut : « T... est atteint d'une maladie nerveuse (encéphalite épidémique) qui ralentit et rend maladroits ses mouvements volontaires, mais qui ne s'accompagne pas de troubles psychiques de nature à affaiblir son intelligence ni à diminuer sa lucidité d'esprit. Il n'est pas atteint d'aliénation mentale et les faits qui lui sont reprochés, et qu'il nie, n'ont pas été accomplis en état de démence au sens du Code pénal. L'inculpé doit rendre compte des dits faits à la justice. »

2° Etat mental troublé, actes sensés.

Observation VII

(Tirée du rapport d'expertise de M. Rogues de Fursac

in Rapport au Congrès de médecine légale de M. Fribourg-Blanc.)

R..., 18 ans. Est poursuivi pour vols. Le 13 juin 1926 il s'est emparé d'un manteau placé dans une automobile, après avoir brisé une glace de la voiture. Arrêté le lendemain, il a avoué son vol et ajouté qu'il voulait voir s'il y avait quelque chose dans les poches du manteau pour le dérober.

Il avait déjà été poursuivi en 1923 pour outrages publics à la pudeur et avait fait l'objet d'une expertise médico-légale conduisant à une responsabilité atténuée en raison de l'intervention dans les actes du sujet d'un facteur pathologique, l'érotisme précoce, résultat d'une encéphalite épidémique dont il avait été

atteint à 9 ans. Il présente comme reliquat de cette maladie un léger nystagmus et un tremblement discret du bras droit. Il présentait avant la maladie quelques troubles du caractère qui se sont exagérés : instabilité, irritabilité, onanisme. Ses facultés intellectuelles sont parfaitement conservées. Il se rend compte de la gravité de son acte, s'en repent et jure qu'il ne recommencera plus.

Le vol qui lui est reproché, ayant été commis dans des conditions qui impliquent lucidité et connaissance de cause, M. Rogues de Fursac conclut que l'inculpé doit répondre devant la justice du délit dont il s'est rendu coupable. Il ajoute toutefois, qu'étant données les anomalies très accentuées du caractère, l'encéphalite ayant certainement joué un rôle dans le genèse des tendances délictueuses qui l'ont conduit au vol, et considérant que rien ne démontre que l'inculpé soit inamendable : « il y a lieu de lui en tenir compte dans une large mesure pour l'appréciation de sa culpabilité et pour la détermination des mesures à prendre à son égard. »

C'est la conclusion à une responsabilité atténuée.

3° Etat mental troublé, actes réfléchis.

Observation VIII

Tirée d'une communication de MM. Henyer et le Guillan
dans l'*Encéphale* de 1928.)

Mlle Lap... Berthe, 27 ans, internée à St-Anne avec le certificat suivant : troubles psychiques et neurologiques post-encéphalitique. Encéphalite il y a 7 ans. Troubles du caractère consécutifs : irritabilité et discussions avec sa mère. Troubles de la conduite et perversions. — Prostitution. — Vols à répétition, sept condamnations légères. — Circonstances atténuantes à cause de la notion d'encéphalite. — Conditions nettement pathologiques des vols, malgré les causes apparemment légitimes (misère) et l'exécution quelquefois adroitement combinée. — Vagues idées de persécution. — Fausses reconnaissances. — Pas de confusion. — Lenteur de l'idéation, troubles de la mémoire. — Possibilité d'un léger affaiblissement intellectuel. — Syndrome parkinsonien évident. — Désordres. — Idées de suicide à caractère stupide : se jeter dans un bassin sans profondeur en voulant s'y coucher; s'étouffer en s'enroulant dans des couvertures. — Elle commet un premier vol pour lequel elle est condamnée, après expertise concluant à une responsabilité atténuée, à 20 jours de prison.

En juin 1924 elle vole 300 francs dans les conditions suivantes : Elle savait où un propriétaire voisin mettait la clef de son armoire. Pendant la messe du dimanche, Berthe prit 300 francs dans un buffet dont la clef était sur la porte; dans une boîte elle vola une

jolie gravure, qu'elle plaça chez elle. En mai 1927, elle alla chez des voisins qu'elle savait absents. Elle ouvrit la porte du jardin avec un fil de fer, et vola dans un buffet 2.100 francs. Mais elle va faire changer par deux fois à la gare où les employés, la sachant sans argent, la dénoncent et la firent arrêter. Après expertise qui conclut à une responsabilité atténuée, elle est condamnée à un mois de prison.

4° Etat mental troublé, actes stupides.

Observation IX

(Heuyer et le Guilan)

*Réactions médico-légales, automatisme mental
d'origine encéphalitique.*

Z..., Albert, âgé de 25 ans. Atteint d'encéphalite en 1922. En 1924, commence une série de vols : huit, jusqu'en 1928. Après deux vols, pour lesquels il subit des condamnations, il est examiné par le Dr Truelle qui conclut à l'irresponsabilité et à la nécessité de l'internement. Il est mis en liberté et rentre chez son frère. — Nouvelle série de cinq vols, pour lesquels, non examiné, il subit diverses condamnations et même une peine de relégation. Examiné par le Dr Rogues de Fursac, il est envoyé dans un asile. Il s'en évade et commet un huitième vol, pour lequel il attrappe huit mois de prison. Il fait appel, et il est envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt. Examiné, il présente un syndrome parkinsonien évident. Tous ces vols sont identiques. Z... vole presque uniquement des articles de bonneterie : foulards, cache-cols, cache-nez, chaussettes, une fois, des peignes, blaireaux, rasoirs, un veston de cuir, mais jamais des objets de grande valeur. Ces objets le tentaient, dit-il au début, puis il les choisissait à cause de leur revente facile.

Même façon de voler. Z... prenait ce qu'il voyait à un étalage. Il ne combinait pas ses coups. Le maximum d'habileté qu'il ait déployé était d'attendre que le boutiquier fût retiré dans son arrière-magasin. Il s'emparait maladroitement des objets. « Il n'a jamais eu de veine, dit-il, il a presque toujours été pris sur le fait, il n'était pas assez vif ». Z... regrettait ses actes au début ; il promettait de ne pas recommencer. Une fois il est allé rendre l'objet volé. A présent il est arrivé à une indifférence complète, fait de paresse du jugement et de la notion aussi de son irresponsabilité. Les caractères de ses vols sont nettement pathologiques : d'abord, répétition du vol malgré les condamnations et l'internement ; de plus, ils sont stéréotypés.

En résumé, nous avons affaire à sept cas différents que l'on peut retrouver dans les différentes Observations :

1^o Etat mental normal, actes sensés. Ce cas est rare; des experts concluent le plus souvent à la responsabilité totale ou très peu atténuée (Observations V et VI).

2^o Etat mental normal, actes empreints d'un léger caractère pathologique. Rare aussi. Conclusion habituelle : responsabilité ou responsabilité légèrement atténuée.

3^o Etat mental troublé, actes sensés. Ce cas se rencontre assez souvent. Conclusion la plus fréquente : responsabilité atténuée (Observ. VII).

4^o Etat mental troublé, actes réfléchis. Cas très fréquent : responsabilité atténuée (Observ. VIII).

5^o Etat mental troublé, actes stupides : responsabilité très atténuée (Observ. IX).

6^o Etat mental mauvais, actes imprégnés d'un caractère pathologique plus ou moins marqué : responsabilité très atténuée ou irresponsabilité (Observ. III).

7^o Etat mental mauvais, actes stupides . irresponsabilité (Observ. I et II).

On voit par ce tableau que les médecins chargés d'une expertise médico-légale dans un cas d'encéphalite épidémique chronique sont toujours d'accord, dans le premier cas où ils concluent à la responsabilité pleine et entière, et dans le septième où ils concluent à l'irresponsabilité complète.

Lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, la plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que plus la maladie frappe les sujets jeunes, plus elle provoque des états d'aliénation profonde. Les perversions se produisent surtout lorsque l'atteinte d'encéphalite a lieu au cours de la seconde enfance et de l'adolescence. C'est pour cette raison que les experts, dans ces cas, déclarent toujours qu'il y a irresponsabilité.

Toutes les fois que l'état mental est troublé, et que les actes médico-légaux ont un certain caractère pathologique, les médecins, commis par la justice, concluent à une respon-

sabilité atténuée. Cette manière de voir n'est pas parfaite dans beaucoup de cas. Le principe, en effet, de la valeur et de l'efficacité de la répression pénale, est basé sur l'état d'impressionnabilité du délinquant. Or, cette impressionnabilité, si elle existe chez les sujets normaux, est absente chez les mentaux et en particulier chez les mentaux post-encéphaliques, ou plutôt, il s'agit chez eux d'une fausse impressionnabilité. Comme nous l'avons dit déjà, ces malades ont très souvent un repentir sincère de leurs actes. Ils se montrent très affligés et pleurent même, lorsqu'on leur fait des reproches. Mais ce repentir ne dure pas et ils recommencent de plus belle à la première occasion. Mis en prison ils récidivent le plus souvent (Observation IX). Placés dans un asile ils se tiennent tranquilles car on y éloigne d'eux tout ce qui pourrait provoquer une réaction, mais dès leur sortie ils réitèrent leurs méfaits. Ils sont inintimidables et on ne peut espérer les guérir en se bornant à les enfermer.

La conclusion à la responsabilité atténuée, si elle est logique au point de vue moral, ne l'est plus au point de vue pénal. Les juges, en effet, traduisent responsabilité atténuée par diminution de la peine. Or sur quel barème tout d'abord se basent-ils pour établir le taux de cette diminution? De plus, puisque la peine entière n'a pas d'effet, à plus forte raison la peine atténuée sera inutile; il serait plus rationnel de l'augmenter. Mais ce qu'il y a de plus grave c'est que, l'incarcération, bien au contraire d'améliorer les encéphaliques aggrave le plus souvent leur état. Car, ce que l'on oublie le plus, c'est que les encéphaliques épidémiques sont des malades, dont la maladie est sans cesse en évolution. Ce ne sont pas des mentaux qui, de même que les pervers instinctifs ou bien encore les débiles, ont une constitution psychique établie et définitivement fixée par un processus pathologique antérieur ou congénital. Mais leur maladie est essentiellement active et tend à l'aggravation. Ce qui le prouve c'est l'augmentation, plus ou moins rapide, des troubles physiques et des troubles mentaux (Observ. I), c'est aussi l'état du liquide

céphalo-rachidien de nos malades dans lequel on trouve très fréquemment de l'hyperalbuminose avec une positivité nette de la réaction du benjoin colloïdal. Quant à l'hyperglycorachie, si elle n'est pas une preuve certaine de diagnostic, elle n'affirme pas moins l'irritation du névraxe.

Les encéphalitiques épidémiques ont donc moins besoin d'être punis de leurs délits que d'être soignés. Or, ils ne peuvent l'être dans les infirmeries des dépôts ou des prisons où l'on manque de ce qui est nécessaire pour eux et où on ne peut les surveiller comme ils devraient l'être.

L'emprisonnement a encore une conséquence fâcheuse au point de vue social car l'encéphalitique à cause de son inadaptabilité et de son incapacité dans la lutte pour la vie trouvera beaucoup plus difficilement du travail après sa sortie de prison qu'un individu normal.

La question de la répression pénale est donc très importante et il ne faut l'appliquer qu'à bon escient.

Quels sont les malades qui en sont redevables ?

Uniquement ceux déclarés responsables par les experts ou encore ceux dont la responsabilité est très peu atténuée. Le maximum de la peine doit leur être appliqué, car dans ces cas, le degré d'intimidabilité peut être considéré comme assez fort encore pour qu'on puisse espérer leur relèvement moral ou tout au moins une amélioration. Pendant leur incarcération ils devront être surveillés et traités. Ils seront ensuite soit remis en circulation, soit placés sous la garde de leur famille, ceci surtout pour les enfants. Dans le premier cas, il serait indispensable de continuer à les protéger et à leur procurer un travail cadrant avec leurs aptitudes et leur adaptabilité.

Dans le second, une enquête sur la famille, sur sa condition sociale, sur son éducation et ses moyens, ne serait pas inutile. Beaucoup de nos malades se trouvent fort mal du milieu familial qui se montre incapable de les garder et de les soigner. Dans ce cas, il faut les placer dans les conditions les plus favorables pour éviter les récidives de leurs délits et l'asile en est, dans l'état actuel des choses, le seul moyen. Si la famille

peut s'occuper des malades, ce qui vaut beaucoup mieux. on ne les y laissera pas sans que de temps en temps viennent des infirmières ou infirmiers visiteurs pour s'assurer de l'amélioration ou de l'aggravation de leurs troubles.

Nous venons de voir la question de la répression pénale, il reste celle de l'internement.

Quels sont les malades relevables du placement d'office? Tous ceux dont la responsabilité est atténuée ou très atténuée et, à plus forte raison, ceux qui sont irresponsables. Mais parmi eux, tous ne sont pas susceptibles d'être internés. On devra réserver l'internement pour les malades ayant commis des délits graves (vols, attentats à la pudeur, sévices) ou dont les troubles du caractère et des instincts sont si forts, qu'ils ne puissent être gardés dans leur famille sans causer préjudice aux parents ou aux voisins.

L'essentiel est de ne pas interner des malades dont l'intimidabilité et l'état mental sont peu troublés, et qu'il vaut mieux laisser dans leur milieu familial. Car il peut être cruel d'interner des encéphalitiques dont l'intelligence est intacte et qui pourraient souffrir d'être mêlés à des déments.

Dans les cas où la responsabilité est seulement atténuée, il est possible de commuer la peine d'emprisonnement en un séjour plus ou moins long dans un asile.

Cette question d'internement est très délicate. D'abord le placement d'office ne plaît pas aux familles et ensuite certains encéphalitiques, à caractère particulièrement pervers, sont très difficiles à surveiller. Il serait donc utile, dans certains cas, de créer pour eux des compartiments spéciaux dans les asiles.

II. — Les encéphalitiques épidémiques et la vie sociale

Nous allons maintenant avoir à nous occuper d'une importante question, malheureusement peu traitée par les auteurs, ayant trait aux questions sociales pouvant toucher les encéphalitiques chroniques.

Ces questions sociales, où le médecin légiste peut avoir à donner son avis, sont nombreuses : droit au mariage, capacité de tester ou de gérer les affaires, droit de donner des procurations ou des autorisations, etc.

Dans toutes ces questions, il faut uniquement rechercher si l'encéphalitique était en état de démence au moment où il a fait l'acte sur lequel on peut mettre opposition, ou tout au moins si les troubles dont il est atteint sont très forts et persistants.

Comme nous l'avons vu, c'est au fond l'intelligence qui, dans la plupart des cas, est la faculté la moins troublée chez les encéphalitiques. Malgré tous les délits qu'ils peuvent commettre, dus le plus souvent à la déficience de la volonté, à l'impulsivité et à l'inadaptabilité, leur jugement est capable de rester suffisant pour l'exécution des actes concernant les questions civiles, sans qu'il soit possible de leur en contester le pouvoir. De plus, comme nous l'avons dit, il y a dans l'évolution de l'encéphalite des périodes de rémission, de lucidité, dans lesquelles l'individu est absolument normal. Il y a là, au contraire, matière à protéger nos malades et à sauvegarder leurs droits. Il peut y avoir en effet certaines personnes qui auraient intérêt à s'opposer à tel testament ou acte de donation, par exemple, en arguant, à l'appui de leur thèse, l'encéphalite dont serait atteint le testataire ou donateur.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Perrens.)

*Cas de droit au mariage et aux donations
dans l'encéphalite épidémique*

Je soussigné, Docteur Charles Perrens, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, Médecin-chef de la Maison de Santé de Château-Picon, certifie avoir, à la demande de son père, longuement examiné, les 17, 21, 25 et 30 juillet 1931, M. D..., âgé de 35 ans, habitant un département du Midi, actuellement en observation dans une maison de santé de la région bordelaise.

M. D... père nous fit connaître que son fils, bien portant jusqu'alors, fut atteint dans la nuit du 20 janvier 1920 d'une crise d'excitation hallucinatoire extrêmement violente. Cette crise dura quatre jours, après quoi le malade tomba dans une sorte de torpeur qui ne fit que s'aggraver dans la suite.

Il n'est pas nécessaire de faire de minutieuses recherches pour arriver au diagnostic de l'affection dont M. D... est atteint. Son attitude générale, l'aspect soudé de sa colonne vertébrale, ses longues périodes d'immobilité absolue, l'extrême lenteur de ses mouvements, sa catatonie, qui consiste en ce fait que ses membres supérieurs demeurent longtemps fixés dans la position où on les place, comme si le malade les oubliait là; son tremblement intermittent, ses troubles profonds de la marche, tous ces signes imposent le diagnostic d'une encéphalomyélite épidémique.

Cette maladie, dont la crise d'excitation signalée plus haut marquait le début, en est arrivée à un degré avancé. Mais les symptômes purement moteurs dont l'ensemble constitue le syndrome parkinsonien ne sont pas seuls à signaler.

Si l'on considère le visage du malade, son aspect indifférent, sa bouche entr'ouverte, d'où s'écoule une salive abondante, les soudaines explosions de son rire insuffisamment motivé, on est admis à penser que M. D... est fortement touché dans sa vie intellectuelle et morale. Il est de fait qu'il est extrêmement difficile d'entrer en conversation avec lui : ralentissement des associations d'idées, amnésie, difficulté si considérable à réunir les éléments de sa pensée que manifestement le malade renonce à l'effort nécessaire. Aussi se borne-t-il dans nos entretiens à répondre par un oui docile à la plupart de nos questions, lorsqu'il ne se confine pas dans un mutisme complet, ce qui lui arrive le plus souvent. Aucune initiative, aucun désir, aucune curiosité, aucune tendance à réaliser un acte quelconque, suggestibilité étonnante qui lui ferait accepter sans la moindre protestation les propositions les plus singulières, tels sont les caractères que l'on découvre en lui.

Voici ce qui s'était passé. Le malade vivait avec son père qui avait placé auprès de lui, pour le soigner, une bonne assez jeune, intelligente et d'ailleurs dépourvue de tout scrupule. Cette bonne, après s'être fait donner de la main à la main tout ce que M. D... fils, qui jouissait de la fortune de sa mère, pouvait lui offrir, avait tenté d'obtenir des donations beaucoup plus considérables, exigeant des actes notariés. Le père du malade, prévenu, y avait mis bon ordre. Il croyait pouvoir être tranquille, lorsqu'un beau jour, il apprit par sa bonne elle-même, qu'elle se mariait avec M. D... fils le lendemain. M. D... père prit aussitôt des renseignements. La chose était exacte : les bans étaient publiés et le oui sacramentel allait être prononcé. M. D... père ne se fâcha pas davantage. Se rendant compte de l'état de son fils, après lui avoir demandé s'il était vraiment décidé au mariage et après avoir acquis la certitude que le malheureux malade n'avait fait que céder à une suggestion continue, il le conduisit à Bordeaux. A la maison de santé, M. D... fils ne récrimina jamais contre l'éloignement où il était de sa singulière fiancée, et chaque fois qu'on lui proposait — pour tâter sa suggestibilité — un mariage nouveau avec une des nombreuses infirmières de la maison, quelle qu'elle fût, il répondait invariablement : « oui, oui, oui, oui... », et ne s'arrêtait plus.

Conclusion. — Ces troubles intellectuels et moraux, assez rares sous cette forme grave d'encéphalite épidémique, empêchent M. D... fils :

- 1° de donner un consentement valable;
- 2° de gérer ses propres intérêts.

Cette observation nous démontre que les droits civils peuvent et doivent être retirés aux encéphalitiques épidémiques lorsque les troubles mentaux sont très accusés et surtout persistants, mais dans ces cas seulement.

La question du mariage est plus intéressante encore.

Indépendamment du droit au mariage dont nous avons déjà envisagé l'éventualité dans les lignes qui précèdent, il s'agit encore d'étudier les cas possibles de divorce et même d'annulation de mariage.

Dans une Observation citée par R. Bélot (*Les troubles respiratoires consécutifs à l'encéphalite épidémique*, thèse de Bordeaux, 1924), nous relevons l'histoire très instructive d'une malade examinée par le Professeur Perrens. Il s'agit d'une jeune femme qui depuis quelque temps présentait de

petits signes torpides d'émotivité, de tremblements, de changement léger du caractère reconnus plus tard comme dus à une encéphalite épidémique en évolution. Cette personne était, à l'époque dont nous parlons, fiancée et bientôt prête à se marier. Elle s'efforçait autant qu'elle pouvait de lutter contre ces troubles, mis par son futur mari sur le compte d'une émotion bien compréhensible. Le mariage se fit. Mais le soir même (renseignements de M. le professeur Perrens), l'encéphalite, jusqu'ici latente, se manifesta brusquement et la malade fut la proie d'un état cataleptique marqué et d'une crise de polypnée paroxystique qui s'opposèrent à l'accomplissement normal de l'union.

Cette observation nous offre des problèmes nouveaux. Il s'agit, en effet, de savoir si en cas d'encéphalite épidémique la question du divorce peut se poser, et si oui, quelles sont les conditions qui permettront de l'envisager.

Dans le cas relaté ci-dessus par exemple, en plus de l'impossibilité matérielle, prévue d'ailleurs par la loi, il y a la question de tromperie sur la qualité, si l'on peut dire. C'est précisément le motif qu'invoqua le mari, lorsque sa femme fut guérie de l'accès de mélancolie qui avait provoqué son placement au pensionnat de Château-Picon. Sa détresse morale et ses idées de suicide avaient disparu, tandis qu'elle devenait de plus en plus parkinsonienne. M. R... avait pensé épouser une femme normale : c'était en réalité une malheureuse en marche vers une infirmité redoutable qu'on lui avait donné. Il était en droit, semble-t-il, de se plaindre.

Lorsque l'encéphalite débute avant le mariage sous une forme si atténuée que beaucoup de médecins n'en peuvent faire le diagnostic et à plus forte raison un des futurs conjoints; lorsque quelques-uns des premières manifestations auront été volontairement dissimulées, de telle sorte que le ou la malade puisse paraître normal dans une période de rémission, et qu'à la faveur de son apparente bonne santé il soit possible de lui faire contracter mariage, dans ces diffé-

rents cas on ne voit pas pourquoi celui ou celle qui se voit lésé ne serait pas admis à réclamer le divorce.

Que si au contraire l'un des fiancés est dûment averti de la maladie de l'autre et de sa gravité avant le mariage, d'où tiendrait-il son droit au divorce, si les faits dont il se réclame sont fortement en relation avec la maladie qu'il n'espérait pas ? Pourra-t-il réciper de troubles du caractère, d'attitudes bizarres, d'apathie, d'impulsivité, d'idées délirantes ? Cela serait assez peu raisonnable.

A plus forte raison si les troubles psychiques ou affectifs sont le fait d'une encéphalomyélite épidémique développée après le mariage. Mais ici, il convient d'établir une distinction. Dans le cas où la maladie aurait laissé absolument intactes les facultés intellectuelles, où seuls certains troubles de la vie affective se seraient développés, on convient que la tâche du juge et du médecin serait particulièrement délicate. Dans le cas, au contraire, où les troubles mentaux graves, ayant fait leur apparition après le mariage, s'ajoutent à des réactions médico-légales diverses, telles que les violences, les fugues et abandon du domicile conjugal, l'incapacité de subvenir aux besoins de la famille, motifs d'ailleurs reconnus par la loi, et, si, à plus forte raison, ces troubles doivent provoquer le placement d'office dans un asile, la contestation n'est plus possible, c'est la loi sur les aliénés qui s'impose. Or, on sait qu'en France, tout au moins, le divorce pour aliénation mentale n'est pas autorisé. On peut le regretter, c'est la loi. Mais il est intéressant, pour les faits qui nous occupent, de savoir qu'en 1931, M. Maurice Palmade, député de la Charente-Inférieure, professeur à la Faculté de Droit de Bordeaux, a proposé aux Chambres un projet de loi, ayant pour but de comprendre l'aliénation mentale dans les motifs prévus de divorce. En portant à l'appui de sa requête les différentes raisons concernant la famille, la filiation, la société, l'éminent parlementaire demande que, dans les cas de troubles mentaux accusés, l'Etat sache libérer la famille de

malades dangereux et se substituer à elle pour entreprendre leurs soins et leur subsistance.

Dans certains Etats européens, particulièrement en Allemagne, la loi accorde le divorce après séjour du malade dans un asile où il est surveillé durant une période de cinq ans, période moins longue dans d'autres pays.

Nous ne saurions trop demander, mais il est à souhaiter que nos gouvernements fassent au moins quelque chose en ce sens, pour le plus grand bien, nous en sommes certains, de la famille et de la société.

CONCLUSIONS

La médecine légale des encéphalitiques épidémiques peut s'envisager ainsi :

A. A la période aiguë les malades étant en état de démence sont irresponsables de leurs actes et le traitement hospitalier avec isolement s'impose.

B. A la période chronique il faut faire distinction :

1° Pour les enfants. Ils sont irresponsables et suivant le degré de leurs troubles doivent être, soit placés dans un asile, soit confiés à leur famille, à la condition expresse que celle-ci puisse les garder et soigner convenablement.

2° Pour les adultes il est à considérer :

a) La question pénale.

Ne doivent être emprisonnés que les individus dont la responsabilité est entière ou dont les troubles psychiques sont très peu accusés. Une surveillance spéciale et des secours médicaux leur sont indispensables.

L'internement dans un asile est réservé aux malades dont les troubles mentaux sont accusés, aux irresponsables et à ceux à qui l'incarcération aura été inutile ou nuisible.

La responsabilité atténuée, si elle aboutit à une diminution de la peine, est à rejeter.

b) La question civile.

Le seul fait d'atteinte antérieure d'encéphalite épidémique ne doit pas enlever aux malades leurs droits civils, sauf dans les cas où les troubles psychiques sont très forts et persistants et si l'état de démence peut être prouvé.

Les mêmes raisons et l'inadaptabilité sociale pourront être considérées, dans certains cas, comme motifs de divorce. Elles devront l'être certainement, si leur éventualité possible a été cachée, sciemment ou non, à l'un des conjoints, ou si elles s'ajoutent à des réactions médico-légales graves, dont certaines ont déjà été prévues par la loi. Pour ces dernières, la raison pathologique qui aura pu les occasionner doit être bien entendu recherchée ainsi que les relations possibles entre les faits incriminés et la maladie.

C'est aux médecins experts aidés par la loi, qu'il revient de trancher toutes ces questions si complexes et si délicates concernant les encéphalitiques épidémiques et ils n'auront pas de trop, dans leurs conclusions difficiles, de toute leur sagacité, de leur science et de leur bonté.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS

Vu bon à imprimer :
Le Président
R. CRUGHET

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, 3 novembre 1933
Le Recteur de l'Académie de Bordeaux :
A. TERRACHER

Index bibliographique.

- Bosc (F.).** — « Les actes d'agression brutale chez les encéphalitiques épidémiques », *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux*, 7 mai 1920.
- Collin (A.) et Rollet (H.).** — *Médecine légale infantile*, 1920.
- Briand.** — « Troubles mentaux au point de vue médico-légal », *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1921.
- Truelle et Petit.** — « Troubles mentaux des encéphalites épidémiques », Congrès de Quimper, août 1922.
- Wimmer.** — « Contribution à la médecine légale de l'encéphalite épidémique », *Annales méd. psych.*, février 1924.
- Verger (H.) et Cruchet (R.).** — *Les états parkinsoniens et le syndrome bradykinétique*, 1925.
- Gross (K.).** — « Responsabilité criminelle chez les post-encéphalitiques », Wien, *Klin.-Woch.*, décembre 1926.
- Trocello (E.).** — « Encéphalite épidémique et considération médicale légale au point de vue militaire », *Annales de médecine légale navale*, août 1927.
- Bing (R.).** — « Encéphalite épidémique et question médicale légale », *Schweiz méd. Woch.*, décembre 1927.
- Di Negrìs.** — « L'enc. epid. nel carattere e nella etica individuale », *Arch. gén. di neur. e di psych.*, 1928.
- Levi Luisa.** — *Sulla decadenza etica dei fanciulli da enc. epid.*, 1928.
- Dyrenfurth (F.).** — « L'Encéphalite épidémique dans les décisions médicales légales », *Aerte. Sachverst. Zig.*, 1927.
- Henyer et Le Guillou.** — *Encéphale*, 1928.
- Fribourg-Blanc.** — Congrès de médecine légale, Paris, octobre 1928.
- Henyer (G.) et Le Guillou.** — *Encéphale*, 1929.
- Julius (D.).** — « Aspect médical légal de l'encéphalite épidémique chronique », *Monatschr. für. Psych. und. neur.*, 1931.
- Ovanessoff (A.-G.).** — « Encéphalite épidémique, troubles psy. et criminal », *Sovrem. Psikhonevrol*, 1930.
- Moser (K.).** — « Aspect médical légal et responsabilité en cas d'encéphalite épidémique », *Arch. für psych. u. neur.*, 1930.
- Imber (I.).** — « Su di un non comune caso di agression in probabile enc. chron. », *Riv. sper. di frenat.*, décembre 1931.

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. — 1933.
